

Université de Bordeaux

Collège des sciences de la santé
Institut de Formation en Psychomotricité

Psychotrauma et Résilience en Psychomotricité

-

Dans le cadre de la prise en soin de migrants en situation de
précarité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien

Camille Godineau

Née le 12 septembre 1998 à Pessac

Juin 2020

Directrice de mémoire : Sylvie Dugrillon

Université de Bordeaux

Collège des sciences de la santé
Institut de Formation en Psychomotricité

Psychotrauma et Résilience en Psychomotricité

-

Dans le cadre de la prise en soin de migrants en situation de
précarité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien

Camille Godineau

Née le 12 septembre 1998 à Pessac

Remerciements

Je souhaite remercier ici toutes les personnes qui m'ont soutenues dans l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie **Sylvie Dugrillon**, ma directrice de mémoire, pour ses relectures et ses conseils.

Un grand merci également à ma maître de stage **Sophie Naud**, pour tout ce que j'ai pu apprendre au cours de mon stage, pour son soutien dans mes réflexions et la richesse de ses conseils qui nourriront ma future pratique psychomotrice.

Je remercie aussi **Natacha Lagièr** ma maître de stage, pour sa disponibilité tout au long de mon année de stage, pour ses relectures et ses conseils.

Merci à **toute l'équipe de l'EMPP** de m'avoir accueillie.

Merci également **aux patients** que j'ai rencontrés et grâce à qui j'ai beaucoup appris.

Merci à mes proches, plus particulièrement Martine et Amaury, pour leur soutien et leurs relectures.

Je remercie également toutes les personnes qui ont contribué à soutenir ma réflexion : Zelda Martz, Julie Bour Chassande, Lucie Torchause, Sarina Blanchet et Manon Pondepeyre.

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 : Psychotraumatisme et Résilience	4
I- Qu'est-ce que le psychotrauma ?	4
1. Historique	5
1.1. Naissance de la « névrose traumatique »	5
1.2. Apports de la psychanalyse	6
1.3. Après la seconde guerre mondiale	7
1.4. Mise en place du diagnostic de PTSD	8
2. Définitions	9
2.1 Généralités	9
2.2 Critères du DSM - Symptômes	10
3. Biologie du psychotrauma	11
3.1 Réaction physiologique au stress – Rôle de l'amygdale et du thalamus ..	11
3.2 Impact des hormones de stress à long terme	12
3.3 Traitement de l'information	13
3.4 Le souvenir traumatique	13
4. Psychotrauma complexe	14
II- Comment le psychotraumatisme affecte la sphère psychomotrice	16
1. Tonus et représentation du corps	16
1.1 Le tonus	16
1.2 Les représentations corporelles	19
2. Sphère spatio-temporelle	23
2.1 Le temps	23
2.2 L'Espace	26
3. Une coupure du lien à soi	27
3.1 Boucle sensation perception représentation	27
3.2 Le sentiment de soi	28

3.3	Traumatisme et coupure du lien à soi.....	30
4.	Quelle place pour l'évaluation psychomotrice ?.....	31
III-	Intérêt de la psychomotricité en situation de traumatisme psychique : la	
	résilience comme point d'appui.....	33
1.	Le concept de résilience	33
1.1	Généralités	34
1.2	Tuteur de résilience.....	37
2.	La résilience : quel appui pour penser le suivi en psychomotricité ?	39
2.1	Les qualités que le psychomotricien tend à acquérir	39
2.2	C'est à partir du corps que s'élabore la pensée – Construire un sentiment de sécurité.....	40
2.3	La médiation corporelle en psychomotricité	41
	Partie 2 : Faciliter la résilience en psychomotricité	43
I-	La médiation du toucher avec les personnes traumatisées	43
1.	L'importance du toucher dans la construction du psychisme	43
1.1	Sens tactile et exploration de l'environnement	44
1.2	Le « Moi-Peau » - Le toucher et la peau dans le soutien de la construction du psychisme.....	45
1.3	Le toucher comme moyen de communication	46
2.	En séance individuelle à l'EMPP	47
2.1	Créer un cadre sécurisant en séance individuelle	47
2.2	Toucher avec un médiateur ou peau à peau ? – Haptonomie.....	48
3.	Quels effets avec les personnes migrantes traumatisées ?	49
II-	L'atelier du mouvement... vers une remise en mouvement du psychisme ? ..	51
1.	Présentation de l'atelier	51
1.1	Contexte.....	51
1.2	Déroulé.....	52
1.3	Objectifs de l'atelier	53
2.	Mise en mouvement du corps pour une mise en mouvement du psychisme... vers la résilience ?	55

2.1	Apports du mouvement dans le lien à soi chez les personnes traumatisées	55
2.2	Le lien aux autres à travers le mouvement et le groupe.....	57
III-	Cas cliniques.....	59
1.	Mme A.....	59
1.1	Présentation	59
1.2	Séances de psychomotricité.....	59
1.3	Réflexion sur l'évolution de Mme A. dans le suivi en psychomotricité ...	65
2.	Mme C.....	67
2.1	Présentation	67
2.2	Séances de psychomotricité.....	67
2.3	Réflexion sur l'évolution de Mme C. dans le suivi en psychomotricité....	70
	Discussion	72
I-	Retour sur l'hypothèse de départ.....	72
II-	Ma place en tant que stagiaire.....	73
	Conclusion	75
	Bibliographie.....	77
	Annexe 1	80
	Annexe 2	84
	Glossaire.....	85

Introduction

J'effectue mon stage de 3^{ème} année de formation en psychomotricité dans une **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité et Migrants** (EMPP). L'envie de faire ce stage est venue d'une sensibilité personnelle par rapport à la précarité. En effet, l'EMPP « s'adresse aux personnes présentant des troubles psychiatriques n'ayant pas de domicile propre, donc non sectorisables ». Elle est rattachée à l'hôpital psychiatrique de la ville.

Une partie des patients (environ 10%) sont des personnes de nationalité française s'inscrivant dans un processus de précarité : désinsertion sociale, vécu de rue depuis longtemps associé à des troubles psychiatriques tel que la schizophrénie ou des troubles psychotiques. Ces personnes sont connues du réseau de précarité (hébergement 115*, SAMU social).

Une large majorité des patients (90 %) reçus à l'EMPP sont en situation de migration sans hébergement fixe, présentant des troubles de l'adaptation ou des troubles psychiatriques parmi lesquels on retrouve des tableaux de schizophrénie, de dépression et aussi de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) ou trouble de stress post-traumatique.

Durant mon stage j'accompagne la psychomotricienne dans un centre d'accueil d'urgence (CAU) où nous animons ensemble un atelier d'éveil corporel. L'atelier est ouvert à toutes les personnes hébergées sur ce lieu par le 115.

Je suis aussi présente pour les consultations individuelles qui ont lieu dans les locaux de l'EMPP. Durant ces séances je suis observatrice attentive. Ma maîtresse de stage est également formée à l'haptonomie. Chacune des personnes que nous rencontrons en séance individuelle a une histoire et un parcours différent. Beaucoup d'entre-elles ont un diagnostic de PTSD, d'autres présentent des troubles psychiatriques comme la dépression ou un trouble psychotique. Ces personnes ont pu vivre ou être témoins d'évènements traumatiques : guerres, tortures, viols, persécutions, ...

Au début de la rédaction de ce mémoire je me suis intéressée au psychotraumatisme et à la question de la résilience. « La résilience, c'est le fait de rebondir, de se reconstruire après un ou des traumatismes. » nous dit Jacques Lecomte (Lecomte, 2010, p. 5). Mais alors comment fait-on pour rebondir ? Quel rôle peuvent avoir les soignants ? Et qu'appelle-t-on traumatisme ?

En faisant mes recherches sur le psychotraumatisme, j'ai appris qu'il ne peut être pensé mais plutôt qu'il se joue dans le corps ; impactant ainsi le schéma corporel, le tonus, les représentations de l'espace et du temps ainsi que les affects et les sensations de la personne.

Sachant cela, je me suis demandée si la psychomotricité pouvait avoir un intérêt pour faciliter la résilience des personnes traumatisées.

Pour cela je me suis réorientée vers les fondements de la psychomotricité car en effet, le mot résilience ne résout pas à lui seul le problème. Il ne dit pas pourquoi certaines personnes font preuve de résilience et d'autres non, ni le rôle que nous pouvons avoir dans ce processus en tant que soignant.

Je me suis donc interrogée sur ce qu'il était possible de faire, et plus particulièrement en psychomotricité pour aider les patients à surmonter leur traumatisme.

La problématique à laquelle je vais tenter de répondre avec ce mémoire est donc la suivante :

Comment le psychomotricien peut-il faciliter la résilience des personnes traumatisées ?

Mon hypothèse de réponse se décline en deux points.

Tout d'abord la résilience face au traumatisme psychique passe par la mise en jeu du corps en relation afin de créer en soi une base de sécurité.

Ainsi, le psychomotricien en utilisant des médiations corporelles et par son engagement auprès du patient peut soutenir le réinvestissement corporel et apaiser le rapport aux émotions, créant ainsi une base sécurisante facilitant la résilience.

Mon stage est un appui important pour ce mémoire ainsi la situation de migration et de précarité se retrouvera en filigrane de ces questionnements.

Dans une première partie, psychotraumatisme et résilience, je commencerai par définir le traumatisme psychique, le diagnostic de PTSD qui y est associé ainsi que la compréhension biologique du trauma. Je montrerai ensuite comment le traumatisme affecte la sphère psychomotrice. Une fois ces constats faits sur le traumatisme je m'intéresserai au concept de résilience et l'appui qu'il peut offrir en psychomotricité.

Dans une seconde partie je m'appuierai davantage sur la clinique en développant le rôle que peuvent avoir la médiation du toucher et du mouvement dansé dans le processus de résilience des personnes traumatisées. Enfin j'illustrerai ma réflexion par la présentation de deux cas cliniques.

Pour aider à la compréhension, tous les mots suivis d'un astérisque et les sigles seront définis dans le glossaire.

Afin de préserver l'anonymat tous les prénoms et noms ont été modifiés.

Partie 1 : Psychotraumatisme et Résilience

Pour comprendre les personnes que nous rencontrons à l'EMPP, nous allons nous intéresser à ce qu'elles ont en commun. La plupart d'entre-elles sont en situation de migration avec des parcours remplis de vécus traumatiques. Il semble donc primordial pour aider ces personnes, de comprendre en premier lieu ce qu'est le psychotraumatisme, ses conséquences et les particularités liées à la situation de migration. Ensuite, j'aborderai cette question avec un regard de future psychomotricienne. Enfin, j'affinerai la question de la résilience et l'intérêt de ce concept en psychomotricité.

I- Qu'est-ce que le psychotrauma ?

Les termes ***psychotraumatisme, traumatisme psychologique, psychotrauma*** désignent les conséquences psychologiques et physiologiques résultant de la confrontation avec un évènement violent, qui déborde les défenses psychologiques de l'individu.

Aujourd'hui en psychiatrie la classification sur laquelle s'appuient un grand nombre de psychiatres occidentaux est le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders qui signifie Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 5^{ème} révision (DSM-5). Dans cette classification le diagnostic correspondant au psychotraumatisme est le post-traumatic stress disorder (PTSD). Traduit en Français par trouble stress post-traumatique et état de stress post-traumatique (ESPT) dans la classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10). Pour plus de clarté j'utiliserai uniquement l'acronyme PTSD.

Mais d'abord, comment sommes-nous arrivés à ces diagnostics ?

1. Historique

Comme le rappelle Rahmethnissah Radjack dans le *Manuel des psychotraumatismes*, la notion de traumatisme psychique est, finalement, très récente en psychiatrie par rapport à l'évolution de l'humanité. En effet, les manifestations que l'on observe chez des personnes traumatisées aujourd'hui ont déjà été décrites il y a plusieurs millénaires dans des récits tels que *l'Illiade* ou dans des manuscrits mésopotamiens. Cela s'explique par le fait que l'histoire des traumatismes est liée à celle de la violence et de « l'angoisse des hommes » (Radjack, 2012, p. 195). Malgré cela, dans le monde psychiatrique, les travaux de certains auteurs évoquent ce sujet seulement à partir de la moitié du XIX^{ème} siècle. C'est seulement à la fin des années 1970, que cette notion apparaît dans les manuels de psychiatrie destinés aux étudiants.

En clinique, jusqu'à cette même période, peu de personne s'y intéressent à l'exception des psychiatres militaires. Pourtant en réalité **les traumatismes sont fréquents en population générale**. Bessel van der Kolk donne ces chiffres pour les États-Unis : un américain sur cinq a été sexuellement agressé dans son enfance, un sur quatre a été battu par ses parents au point d'en garder la cicatrice, un tiers des couples se livre à la violence physique, un quart des adultes a grandi avec un proche alcoolique et un sur huit a vu sa mère battue. La situation est probablement différente en France ou dans d'autres pays, mais ces problèmes existent malgré tout. Ce sont les troubles présentés par les vétérans de la guerre du Vietnam qui ont permis une première évolution dans la reconnaissance de cette notion avec l'inscription au DSM du PTSD.

1.1. Naissance de la « névrose traumatique »

Pour revenir plus en détails sur l'histoire de cette notion, commençons par le **XVII^{ème} siècle** où la notion de névrose traumatique commence à se développer grâce aux médecins militaires. Le terme de « **névrose traumatique** » n'existe pas encore, il est introduit en 1888 par Herman Oppenheim (Tarquinio, 2014). Les patients dont il parle avec ce terme sont des victimes d'accidents du chemin de fer pour lesquels il décrit des tableaux cliniques de crises d'anxiété réactionnelles associées à une obsession du souvenir de l'accident. La vision d'H. Oppenheim est organiciste. Il explique le psychotraumatisme par des modifications biologiques

moléculaires et observe une fréquence plus importante des problèmes cardio-vasculaires chez ces patients (Kédia, 2013). Kraepelin, un an plus tard, parle lui de « névrose d'effroi », rajoutant qu'être **témoin** d'un accident suffit à développer ces signes.

A cette époque la psychiatrie française a une forte influence internationale. Jean-Martin Charcot, parle de « choc nerveux » traumatique. Ce choc engendrerait selon lui un état second comparable à l'état d'hypnose. En cela il est le premier à souligner l'importance des **manifestations dissociatives** chez les personnes traumatisées ; il propose alors à Pierre Jeannet de poursuivre ses recherches.

En 1889, Janet développe alors une théorie se rapprochant de celle du neurologue américain James Putnam (1881). Pour Janet, face à une situation terrifiante, le psychisme est submergé par de fortes émotions qui l'entravent dans sa capacité à gérer les « schéma cognitifs » préexistants à cette situation. Les souvenirs de l'expérience traumatique ne peuvent pas être intégrés à la conscience ils sont alors mis à l'écart, dissociés. Janet explique la **dissociation** du sujet par un affaiblissement des capacités mentales dû à de fortes émotions. Ces **émotions** entravent aussi la possibilité d'intégrer les contenus mentaux dans la conscience (Kédia, 2013).

1.2. Apports de la psychanalyse

Avec la naissance de la psychanalyse le concept de traumatisme prend toute son importance : « On peut même le considérer comme le premier concept freudien. » d'après Cyril Tarquinio et Sébastien Montel (Tarquinio, 2014, p. 1). En effet, dans ses premières études sur l'hystérie avec Breuer, S. Freud considère le **facteur traumatique** comme **déterminant** dans la pathologie hystérique (1895). Ensemble, ils considèrent aussi la dissociation comme le résultat d'un mécanisme de défense protégeant la conscience (Kédia, 2013).

En 1896, dans *L'étiologie de la Conscience*, S. Freud change de point de vue considérant dorénavant que la névrose survient suite à la répression des désirs ; le traumatisme n'est plus déterminant mais c'est le fantasme qui devient central pour la psychanalyse. Autrement dit, les éléments qui ne peuvent pas émerger dans la conscience, car ils menacent le moi, ne sont pas uniquement constitués de souvenirs de faits réels, mais surtout des pulsions sexuelles et agressives de l'enfant (Kédia, 2013).

« Puis aussi la surprise de constater que, dans chacun des cas, il fallait accuser le père, et ceci sans exclure le mien, de perversion, la notion de la fréquence inattendue de l'hystérie où se retrouve chaque fois la même cause déterminante, **alors qu'une telle généralisation des actes pervers commis envers des enfants semblait peu croyable.** » écrit Freud dans une lettre personnelle ; cela permet d'éclairer sur ces changements de considération. Pour autant, il n'abandonnera jamais complètement l'idée du trauma réel (Tarquinio, 2014).

Lors de la première guerre mondiale Charles Samuel Myers et beaucoup d'autres médecins observent que de nombreux soldats présentent une « obusite » ou *shell shock* (« choc des tranchés ») sans avoir été exposés directement aux tirs. Myers en conclut donc que **l'impact émotionnel** est à l'origine de la névrose traumatique et rejette l'approche exclusivement organiciste. Il met ainsi en parallèle la névrose de guerre et l'hystérie (Kédia, 2013).

Un autre psychanalyste qui va beaucoup apporter au concept de névrose traumatique est Sandor Ferenczi. Il s'intéresse davantage à la première conception du traumatisme de Freud, le **traumatisme réel**. Ferenczi met en avant les conséquences psychologiques des traumatismes comme facteurs pathogènes. Pour lui, le traumatisme réel est à l'origine de la névrose. Il décrit le trauma comme un choc qui fait exploser la personnalité (Tarquinio, 2014).

La psychiatrie s'est beaucoup appuyée sur la deuxième théorie freudienne, la théorie du fantasme, ignorant ainsi les traumatismes réels. De fait entre 1895 jusqu'aux années 1980, en dehors des travaux de S. Ferenczi, on ne trouve pas d'études sur les effets des traumatismes sexuels chez les enfants (Kédia, 2013).

1.3. Après la seconde guerre mondiale

Après la seconde guerre mondiale, le nombre de personnes exposées au trauma est terriblement conséquent, ce qui relance les recherches à la fois sur la mise en place du psychotraumatisme mais aussi sur les **facteurs protecteurs**.

Les psychiatres américains, et notamment Kardiner, décrivent les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur le **souvenir traumatique**. En cherchant à faciliter l'abréaction* ils parviennent à la même conclusion que P. Janet : la réactivation ultérieure des souvenirs traumatiques doit nécessairement être

accompagnée, élaborée ou sublimée pour avoir un impact bénéfique sur l'évolution du patient. De son côté, Walter Meninger met en avant l'intérêt des **thérapies de groupe**.

A cette même période, on peut également mentionner les travaux d'Henry Krystal (1968), psychanalyste, portant sur les survivants de la Shoah. Ce qu'il décrit permet de comprendre comment ces patients passent progressivement **d'un état anxieux massif à un blocage émotionnel et des comportements d'inhibition**. Il démontre que c'est l'hyperactivation physiologique permanente qui les rend insensible **aux signes corporels de l'anxiété**. Ses travaux participeront au développement du concept d'alexithymie*.

Dans la lignée de tous ces travaux des recherches sont alors faites chez les femmes et les enfants, ce qui n'était pas le cas jusque-là (Kédia, 2013).

1.4. Mise en place du diagnostic de PTSD

Toutes ces avancées ne sont pas suffisantes pour la prise en compte du traumatisme. En effet, pour correspondre à la classification diagnostique de l'association des psychiatres américains (APA), les psychiatres posaient sur les personnes traumatisées des diagnostics variés ne correspondant pas réellement à leur trouble pour tenter de les soigner. De plus, un des principaux manuels de psychiatrie des années 1980 minimisait encore le nombre de victimes d'inceste et de viol et les conséquences de ces événements (van der Kolk, 2018).

Les séquelles psychiques de la guerre chez les vétérans de la guerre du Vietnam ont permis une prise de conscience et l'inscription d'un **nouveau diagnostic adapté dans le DSM** (Radjack, 2012). **Le PTSD** est donc inscrit dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-3.

2. Définitions

2.1 Généralités

Le psychotraumatisme peut avoir différentes définitions selon les courants de pensée et modèles théoriques sur lesquels les auteurs s'appuient.

Louis Croq cité dans *les psychotraumatismes* définit le traumatisme psychique comme : « un **phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses** par les excitations violentes afférentes* à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » (Tarquinio, 2014, p. 23).

Cet auteur se situant plutôt dans un courant psychodynamique nous pouvons aussi citer un autre point de vue : celui de l'APA qui se veut athéorique.

Dans le DSM le psychotraumatisme est défini « sous la forme de **troubles** présentés par une personne ayant **vécu un ou plusieurs événements traumatiques** ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'effroi, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce traumatisme ». Toutes les théories existant autour du psychotraumatisme peuvent être utiles pour en comprendre les différents aspects et sont donc à prendre en compte (Tarquinio, 2014).

Notons que le diagnostic de PTSD se situe dans la nouvelle catégorie « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » du DSM 5. Cette catégorie a été créée pour différencier ces différents troubles des troubles anxieux.

Le diagnostic de PTSD, trouble ou syndrome de stress post-traumatique met l'accent sur la **réaction de stress**. En effet, c'est le principal axe de lecture que propose ce diagnostic et cela reste critiqué par différents auteurs mettant l'accent sur une compréhension de la réalité intrapsychique (Radjack, 2012). Le stress est une réaction physiologique de l'organisme en cas de danger comme nous le verrons plus tard. Les premiers modèles conceptuels sur le stress, ont été proposés par Selye et Lazarus notamment. Le mot stress est un terme d'origine anglaise, signifiant effort ou contrainte et qui est à l'origine utilisé dans le domaine de la physique.

2.2 Critères du DSM - Symptômes

Aujourd'hui le diagnostic de PTSD étant celui qui fait référence nous allons nous intéresser aux critères fixés dans le DSM- 5 (annexe 1) et aux symptômes auxquels ils renvoient.

Le premier critère diagnostique met l'accent sur **l'évènement traumatique** : « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles. » en décrivant diverses situations : exposition directe, témoin, proche de la victime ou étant exposé régulièrement. On peut noter que ce qui prime n'est pas le vécu subjectif de la personne traumatisée mais les faits en eux-mêmes, ce qui oblige à considérer une diversité dans les faits au potentiel traumatisant.

Le second critère décrit les « symptômes envahissants » liés au traumatisme. Les **reviviscences** y sont décrites comme des « souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants » de(s) l'évènement(s) traumatisant(s). La présence de « **rêves répétitifs** provoquant un sentiment de détresse » et liés au traumatisme est un autre symptôme important. De même que les **réactions dissociatives**. La **détresse psychologique** et les **réactions physiologiques** de stress associées étant aussi considérées comme des symptômes.

Les critères suivants décrivent les **évitements de situation** et les **altérations des cognitions, de l'humeur et de l'éveil** qui découlent des symptômes principaux. En effet, dans des situations de vie courante, les personnes traumatisées peuvent avoir des reviviscences ou être submergées par leurs émotions, ce qui les conduit à éviter toutes ces situations.

Ce qui est décrit dans ces critères renvoie principalement à l'impact sur la **sphère émotionnelle** du sujet, ce qui a alors des répercussions sur toute sa **vie de relation** et les **activités sociales**. Les patients peuvent avoir des accès de colère qu'ils ne maîtrisent pas et paradoxalement être complètement détachés émotionnellement de leurs proches. Sont aussi évoqués les perturbations du sommeil, l'hypervigilance et les problèmes de concentration. En effet, ces symptômes sont à comprendre à la fois comme un dérèglement neurophysiologique, que nous allons voir mais aussi comme une réaction humaine *normale* : comment réussir à

trouver le sommeil lorsque l'on est réveillé sans cesse par des images de l'instant le plus terrifiant de notre vie ?

Pour conclure, les symptômes observables dans le PTSD sont à envisager comme un blocage, en particulier émotionnel, de la personne dans le moment de l'évènement traumatique... Ainsi tout se passe comme si elle devait en permanence affronter un danger terrible (van der Kolk, 2018).

3. Biologie du psychotrauma

Les progrès des neurosciences ont permis de mieux comprendre ce qui se passait physiologiquement pour les personnes présentant un PTSD.

La fonction principale du cerveau est d'assurer notre survie. Ainsi, en cas de danger, il doit pouvoir nous préparer à réagir. Voici donc une description de la réaction de stress face à un danger.

3.1 Réaction physiologique au stress – Rôle de l'amygdale et du thalamus

Le thalamus est la structure cérébrale qui centralise toutes les informations sensorielles, concernant le monde qui nous entoure, transmises par nos organes des sens. Il les relaie dans deux directions : vers **les lobes frontaux** et vers **les amygdales**. Le circuit en direction des amygdales est le plus rapide. En cas de danger les amygdales, en lien avec les hippocampes, vont tirer la sonnette d'alarme. C'est-à-dire qu'elles déclenchent une série de **réactions physiologiques** pour préparer l'organisme à réagir et faire face ou fuir devant le danger. Ces réactions sont, notamment, l'activation du système nerveux sympathique et du système d'hormones de stress ; avec la libération de cortisol et d'adrénaline principalement.

Tout cela permet d'augmenter les rythmes cardiaque, respiratoire et la tension artérielle. Le but des réactions physiologiques qui se mettent en place est d'une part d'accroître l'apport en oxygène pour les muscles et augmenter leur efficacité, et d'autre part de ralentir les activités

liées à la digestion. Bessel van der Kolk ajoute que des réactions physiologiques sont aussi déclenchées dans le but de communiquer à nos pairs notre détresse et le besoin d'être secouru.

Les lobes frontaux et en particulier le cortex préfrontal médian, ont pour rôle d'examiner la situation de manière plus rationnelle que les amygdales. Seulement en cas de réactions extrêmement fortes du premier système, ils peuvent recevoir les informations concernant ce qui se passe alors que le corps est déjà en action.

Chez une personne ne souffrant pas de PTSD, d'une part, ces deux systèmes sont équilibrés et se contrebalancent. D'autre part, une fois le danger passé, les taux d'hormones de stress et les constantes physiologiques suractivées pour la réponse au danger retrouvent des valeurs normales. Tandis que les patients traumatisés, eux, mettent **plus de temps** à retrouver des constantes physiologiques normales et ont un **système d'alarme trop sensible**. Dans leur quotidien ils sont donc plus susceptibles de réagir violemment à des situations modérément stressantes.

3.2 Impact des hormones de stress à long terme

Le dernier point que Bessel van der Kolk mentionne à ce sujet est le fait que même lorsque les personnes sont dans le déni par rapport à leur vécu traumatique, les réactions physiologiques de stress restent présentes.

De plus, les conséquences de taux d'adrénaline et de cortisol élevés en permanence sont notamment l'irritabilité, les problèmes d'attention et de mémoire, les troubles du sommeil. Ces effets sur les fonctions physiologiques de bases contribuent à leur tour à l'apparition de maladies chroniques selon les fragilités de la personne.

3.3 Traitement de l'information

L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle a aussi permis de comprendre d'autres dysfonctionnements chez les personnes traumatisées. En effet, dans une expérience Bessel van der Kolk observe plusieurs modifications cérébrales pendant les reviviscences par rapport à l'activité « normale » du cerveau. La première de ces modifications est la **désactivation des aires liées au langage** en parallèle d'une **suractivation des zones liées à l'apparition de nouvelles images**. Ce qui donne des bases neurophysiologiques pour comprendre le souvenir traumatique dont nous reparlerons plus tard.

L'autre modification observée est un **déséquilibre** de fonctionnement **entre les deux hémisphères cérébraux** : l'hémisphère droit est suractivé par rapport à l'hémisphère gauche. Les deux hémisphères ne remplissant pas les mêmes tâches cela a aussi des conséquences sur le traitement de l'information. En effet, l'hémisphère gauche a un fonctionnement linguistique, séquentiel et analytique tandis que l'hémisphère droit est intuitif, émotionnel, visuel, spatial et tactile. Ainsi lorsque l'hémisphère gauche est désactivé l'expérience n'est plus ordonnée en une séquence logique traductible en mots.

3.4 Le souvenir traumatique

Le souvenir traumatique diffère du souvenir ordinaire dans plusieurs aspects. P. Janet décrit la mémoire traumatique comme une mémoire émotionnelle implicite du traumatisme, n'ayant pas de fonction sociale. C'est-à-dire qui n'a pas de vocation à être racontée. Contrairement à la mémoire autobiographique, explicite, consciente et déclarative des souvenirs ordinaires.

Concrètement le souvenir traumatique n'est **pas organisé**, il se compose de **fragments de sensations** (visuelles, auditives ou olfactives par exemples). A la différence du souvenir ordinaire, constamment remanié selon la couleur émotionnelle du moment, le souvenir traumatique est immuable, tant dans sa qualité que dans son intensité émotionnelle, et ce, peu importe le temps écoulé. Ce souvenir est **intrusif** et survient sans que la personne ne le sollicite ; il peut être déclenché de façon automatique par des stimuli rappelant le traumatisme.

Les deux structures responsables de cette sur-mémorisation émotionnelle sont l'hippocampe et l'amygdale (Vaiva, 2009).

En effet la mise en mémoire des souvenirs vécus de manière générale est lié à l'intensité émotionnelle mais dans la situation traumatisante l'intensité est telle que les mécanisme d'analyse et de compréhension sont bloqués.

Mme A. vient pour la quatrième fois en séance de psychomotricité. Elle se présente comme les fois précédentes dans une posture plutôt fermée et hypotonique et parle avec une voix à peine audible. Lors de ce rendez-vous elle nous livre son histoire. Pendant une heure elle nous raconte son parcours. Le discours n'est pas toujours fluide et cohérent, mais rapidement après avoir commencé son histoire Mme A. prend une voix de plus en plus forte se redresse... Comme si le fait de partager avec nous ces moments, pourtant si douloureux, de son histoire la rendaient plus vivante.

Cette vignette clinique illustre comment le traumatisme peut bloquer la personne dans le passé. Elle ne peut être pleinement vivante dans le présent car il lui est impossible d'intégrer cette expérience passée dans la continuité de sa vie.

4. Psychotrauma complexe

Le diagnostic de PTSD décrit les symptômes que l'on observe après un traumatisme ponctuel comme un accident de voiture par exemple. Néanmoins un grand nombre de cliniciens et chercheurs considèrent que ce diagnostic ne prend pas suffisamment en compte l'impact psychologique **de traumatismes répétés ou prolongés**. Pour R. Radjack le diagnostic de PTSD « ne peut pas prétendre regrouper toutes les réactions psychiatriques et psychologiques qui suivent un traumatisme psychique ». Ainsi la notion de *complex PTSD* ou DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified / Troubles de stress extrême non spécifiés par ailleurs) ou encore psychotrauma complexe a vu le jour.

Le psychotrauma complexe peut se définir « comme l'empilement de plusieurs traumatismes répétés ou prolongés qui se télescopent entre eux, parfois dans un contexte d'amnésie traumatique ou d'hypermnésie paradoxale. Ces traumas successifs aboutissent à des

troubles du comportement, des conduites, de l'humeur ou à des symptômes non spécifiques rendant le tableau clinique cumulatif, tardif et d'expression psychiatrique complexe. » (Fossard & Lahya, 2018, p. 12).

Il me semble ici important de préciser que les personnes en situations de migration peuvent être confrontées à des violences répétées.

J'aimerais citer ici Mlle B dont le parcours de migration est long et rempli d'évènements au potentiel traumatique fort. A plusieurs reprises et sur de longues périodes elle a été esclavagisée, emprisonnée et violée. Mlle B. parle très peu et est complètement recroquevillée sur elle-même. Aujourd'hui encore sa situation est insécurisante : il n'existe pas de traducteur de son dialecte, ni à l'EMPP, ni à l'office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Ce qui complique la relation humaine et fragilise le lien dans le soin à l'EMPP et retarde sa demande d'asile à l'OFPRA.

II- Comment le psychotraumatisme affecte la sphère psychomotrice

Nous venons de voir ce qu'est le psychotraumatisme et le principal diagnostic qui y est associé. Pour mieux comprendre la place du psychomotricien auprès de personnes traumatisées, nous allons voir comment le psychotrauma affecte la sphère psychomotrice.

1. Tonus et représentation du corps

1.1 Le tonus

Le **tonus** est un élément essentiel en psychomotricité. Ce mot vient du grec *tonos* qui signifie tension. Le tonus est l'état de contraction ou niveau de tension de la musculature. Il est d'origine neurologique réflexe et est également lié à la teneur en fibres collagènes du tissu musculaire.

Le tonus a pour caractéristique d'être permanent et involontaire. Son intensité varie sous l'effet de facteurs physiologiques mais aussi affectifs et relationnels. Le tonus est à la base de la posture, du mouvement et de l'engagement dans l'action.

1.1.1 Fonction et physiologie du tonus

Au niveau physiologique, le tonus est lié à l'interaction directe des fuseaux neuro-musculaires* et des motoneurones*, sans relais cortical. Les fuseaux neuro-musculaires informent, par un relais médullaire, sur l'état de tension du muscle le motoneurone, qui va réguler la tension. Cela constitue ce qu'on appelle le réflexe myotatique.

Le tonus permet la **sensation interne du corps propre**, la **perception et la conscience de soi**. La conscience de soi recouvre différentes choses. Par la contenance tonique, le tonus participe à la conscience d'être soi-même, une unité différenciée. La **posture** permet d'être conscient d'être là dans un espace-temps. Le tonus participe aussi à la conscience d'être en

mouvement, dans la perception et l'action et à la conscience d'être en relation, dans la **rencontre tonique**. Il soutient l'expression et l'éveil de la vigilance, de la motivation et de l'intention. Il permet la mise en place et le maintien des postures. Il permet la préparation au mouvement par la tension préalable des muscles qui renforce leur efficacité. Il est à la base de la motricité globale, du langage, de la communication verbale et non verbale. (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015).

1.1.2 Les différents types de tonus

On différencie théoriquement trois types de tonus. Ces trois entités théoriques permettent de mieux comprendre les fonctions du tonus mais elles sont interdépendantes les unes des autres et l'on passe de l'une à l'autre graduellement. On distingue donc : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

Le tonus de fond concerne l'état de légère tension des muscles d'origine réflexe, muscles qui sont alors en contraction isométrique (sans modification de la longueur du muscle). Le tonus de fond est celui qui subsiste même au repos. Il participe au maintien de la cohésion entre les différentes parties du corps et soutient le **sentiment d'unité corporelle**. Ce dernier est lui-même à la base du schéma corporel et du sentiment de soi. C'est tout l'ensemble des muscles qui sont concernés par le tonus de fond : aussi bien les muscles striés que les muscles lisses viscéraux. Le tonus de fond est le support de l'affectivité et des émotions qui s'expriment dans l'ensemble de la musculature ; ses excès sont dans le sens de l'hypertonie ou de l'hypotonie.

Le tonus postural est l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en forme corporelles », des équilibres statiques et des équilibres dynamiques. Il permet aux muscles d'avoir un niveau de contraction optimal pour l'action. Comme le tonus de fond il est sous commande réflexe mais il peut aussi être contrôlé volontairement en lien à l'état de veille et de vigilance. De même que le tonus de fond il représente le substrat de l'affectivité et des émotions et porte la charge expressive du mouvement. Il permet un ajustement tonique relationnel : le dialogue tonique s'instaure sur la base de modifications posturales.

Le tonus d'action correspond à la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement dans un déroulement spatialisé. Il peut être recruté pour un acte intentionnel sous commande volontaire mais également pour une action réflexe.

1.1.3 Le dialogue tonico-émotionnel

Julian de Ajuriaguerra en s'appuyant sur Henri Wallon met en avant l'importance cruciale du tonus dans le **développement de l'enfant** et en particulier **son aspect affectif et relationnel**. En effet, l'influence des émotions sur le tonus va permettre au bébé de communiquer à son entourage ses états internes : tension-mal-être ou détente-bien-être. Réciproquement, l'adulte qui prend l'enfant dans ses bras lui transmet un état émotionnel. Ainsi le dialogue tonico-émotionnel est le premier moyen de communication de l'enfant. Mais ce dialogue tonico-émotionnel fait partie de l'importante communication non verbale que nous conservons à l'âge adulte, par le contact tactile mais aussi visuel et sonore. Lorsqu'il n'y a pas de contact tactile nous nous appuyons sur l'attitude posturale de la personne, le timbre de sa voix pour comprendre ses états toniques et donc émotionnels internes.

1.1.4 Tonus et psychotraumatisme

Chez les personnes que nous rencontrons à l'EMPP, nous pouvons repérer différents types de situations cliniques où le tonus ne peut remplir ses fonctions.

Sur mon lieu de stage j'observe en premier lieu des personnes dont les postures révèlent une importante **hypotonie**. Chez ces personnes le tonus ne permet plus un maintien, une cohésion du corps. Elles sont dans une situation de sidération psychique qui se ressent à travers leur tonus.

A l'inverse d'autres, montrent plutôt une **hypertonie** que l'on peut relier à l'hypervigilance induite par le traumatisme. En effet, un moyen de faire face à une situation dangereuse pour l'organisme est de se mettre dans un état de vigilance élevée, de mobiliser ses ressources pour

faire face. Mais comme nous l'avons vu précédemment, les personnes traumatisées restent bloquées dans cet état, sans pouvoir **s'adapter** aux situations qu'elles rencontrent ensuite.

Dans ces deux extrêmes le traumatisme a créé une situation qui fait que les personnes « ne se tiennent plus ».

Le tonus perd aussi, parfois, sa fonction de communication : certaines personnes n'expriment rien ou très peu de choses à travers leur mimique, leur posture, leur voix... Ou bien cette communication est mal adaptée.

Lors de notre première rencontre Mme A. semble vouloir prendre le moins de place possible. Elle est presque recroquevillée sur elle-même dans une posture hypotonique. Elle parle tellement bas que sa voix est à peine audible et qu'il est difficile de la comprendre. Même lorsque la psychomotricienne lui demande de parler plus fort ou de répéter Mme A. n'adapte pas le volume de sa voix.

A l'extrême inverse M. B. est dans une attitude hypertonique. Il se tient assis très droit sur le bord du fauteuil. Sa posture hypertonique est liée à son hypervigilance.

Mme F est, elle, toujours impassible, son visage conserve des traits neutres tout au long de nos rencontres. Elle s'assoit sur le bord du fauteuil et conserve cette même posture tout au long de l'échange verbal.

Dans cette situation il est difficile de savoir quelles émotions traversent la personne. Le tonus ne sert plus la relation car il n'est ni modulé, ni adapté aux situations vécues.

1.2 Les représentations corporelles

Dans le développement de l'enfant ses **représentations** vont se construire par **l'expérience**. Les premières perceptions liées aux tensions ou à la détente du nourrisson et le dialogue tonico-émotionnel avec l'entourage du bébé vont participer à leur construction. En effet, lorsque l'enfant exprime son mal-être par de l'hypertonie, l'entourage met en mot ce qui se vit pour l'enfant et permet petit à petit une intégration et une mise en sens.

Par la suite, le tonus, base et soutien de la motricité, va permettre au jeune enfant d'expérimenter le monde qui l'entoure en se mettant en mouvements. Par la répétition de l'expérience l'enfant active et renforce la **boucle sensations-perceptions-représentations**.

Dans les représentations corporelles on distingue habituellement le schéma corporel et l'image du corps.

1.2.1 Schéma corporel

Le schéma corporel est un concept développé dans le courant de la phénoménologie par Merleau-Ponty. C'est un moyen pour lui d'exprimer que quelque chose précède l'unification des expériences et que c'est « une spatialité de situation » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015, p. 205). C'est-à-dire que le schéma corporel est la connaissance que nous avons de la forme et de la localisation des différentes parties de notre corps.

Pour un adulte lambda il n'est pas nécessaire de se demander « où se situent ma main et mes doigts ? » pour attraper un objet. D'après Jean-Michel Albaret le schéma corporel « correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question " Où ? " (Où sont les membres et où est la cible de l'action ?) mais aussi à la question " Comment ? " (Comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ? Comment atteindre un point du corps ?). » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015, p. 216).

Le schéma corporel permet donc d'avoir un **référentiel spatial de notre posture et des différentes parties du corps**, ce qui forme un référentiel égo-centré. Le schéma corporel se constitue à partir des différentes informations sensorielles afférentes* : proprioceptives, tactiles vestibulaires et visuelles. Mais aussi à partir des copies d'efférences* : les informations motrices qui participent à l'action. Le schéma corporel s'actualise en permanence par l'action.

Cette référence spatialisée permet aussi de comprendre l'autre dans l'espace (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015).

1.2.2 Image du corps

L'image du corps est un concept issu du courant psychanalytique qui renvoie à l'aspect **affectif et la perception que l'on a de soi sur le versant émotionnel**. J-M. Albaret s'appuie sur Cash pour expliquer que l'image du corps « sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question " **Quoi ?** " (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?) » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015, p. 216). L'image du corps est toujours inconsciente pour Françoise Dolto, psychanalyste et pédiatre.

D'après Dolto, « L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. [...] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015, p. 226). L'image du corps se construit dans les expériences sensorielles et motrices mais aussi dans les relations objectales, avec les frustrations et les gratifications. Elle se compose des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction par rapport à l'image que l'individu perçoit de lui-même et aussi de l'investissement de cette image. Elle est influencée par des facteurs socio-culturels, psychologiques, biologiques. (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015)

1.2.3 Représentations dynamiques du corps

Ces deux concepts historiques sont un point de départ pour comprendre ce qui intéresse les psychomotriciens dans la notion de représentations corporelles. Néanmoins, Laurent Branchard et Olivier Moyano proposent le concept de **représentations dynamiques du corps**.

La psychomotricité s'attachant à considérer l'individu dans son ensemble, il semblerait intéressant de penser au-delà de concepts qui figent. En effet, les représentations corporelles sont dynamiques et évoluent tout au long de l'existence, tandis que les mots *image* et *schéma* sont des mots qui renvoient à quelque chose de figé. De plus, l'être humain ayant un fonctionnement complexe ces différents aspects de notre fonctionnement que désignent le schéma corporel et l'image du corps sont très fortement intriqués. Il devient alors parfois artificiel de chercher à les distinguer à tout prix dans la clinique.

Selon ces deux auteurs, il serait intéressant de penser les représentations corporelles dans leur évolution au fil du temps ; sans cesse en remaniement et en transformation au contact des situations de vie. Les représentations dynamiques du corps se construisent grâce **au vécu corporel sensori-moteur** mais aussi en appui sur **la relation à l'autre et le symbolisme**. Ils proposent aussi que les représentations dynamiques du corps, soient en retour une condition de la relation à l'autre.

En plus de servir de support à la motricité en relation à l'autre, ces représentations permettraient de concevoir ce dernier comme étant plus ou moins perméable/imperméable. En d'autres termes les représentations dynamiques du corps posent le corps comme seuil de la limite entre soi et non-soi. « La limite dedans/dehors, soi/ non soi, nécessite la construction de représentations en matière de qualité de cette limite plus ou moins solide, plus ou moins perméable (ou niée) dans les deux sens [entrant/sortant], plus ou moins fermée (sphinctérisée), plus ou moins pénétrée/pénétrant l'autre de la relation » (Branchard & Moyano, 2018, p. 212).

1.2.4 A L'EMPP

Les patients que je vois en stage témoignent de l'atteinte de ces représentations corporelles et du lien qu'ils ont avec eux-mêmes de différentes manières.

Ils ont, par exemple, **surinvesti certaines parties douloureuses** de leur corps. Ces douleurs peuvent être directement liées au traumatisme, mais on peut voir qu'il y a une perturbation de la boucle sensation-perception-représentation. Chez d'autres personnes la douleur peut être aussi investie très fortement mais sans être reliée au traumatisme. Elle devient ainsi un moyen de parler de soi sans parler du traumatisme.

Certaines personnes peuvent mettre en mot le dégoût qu'elles ont pour elle-même en lien avec ce qu'elles ont vécu.

Toutes ces situations qui mettent en jeu les représentations corporelles indiquent que **le traumatisme perturbe les représentations corporelles et leur dynamique**, en les figeant ou en les déformant. Elles ne sont donc plus adaptatives.

M. B nous parle régulièrement des douleurs qu'il ressent là où il a reçu des coups. Il évoque des boules sous sa peau que nous ne percevons pas.

A l'inverse M. K évoque une violente douleur à la base du cou, mais lorsqu'on le questionne sur l'origine de cette douleur il dit qu'elle est apparue « comme ça... Un soir je me suis couché je n'avais rien et le lendemain quand je me suis réveillé j'avais mal. ».

2. Sphère spatio-temporelle

Pourquoi s'intéresse-t-on au temps et à l'espace en psychomotricité ? Ils ont en réalité eux aussi à voir avec notre organisation psychomotrice. En effet, toute interaction avec notre environnement s'inscrit dans **un cadre spatio-temporel**. Le temps et l'espace servent à la fois de référentiel et d'organisateur des sphères sensori-motrice, relationnelle et psychique. Ils offrent un cadre de référence dans lequel s'inscrivent **nos sensations, nos perceptions, nos mouvements et nos gestes**. La sphère spatio-temporelle intéresse donc les psychomotriciens au regard de l'étayage qu'elle fournit à la construction sensori-motrice et psychique.

2.1 Le temps

2.1.1 Structuration du temps dans le développement

Dans le développement de l'enfant le **temps** va petit à petit se structurer pour devenir un **support** sur lequel l'individu va pouvoir s'appuyer pour comprendre le monde qui l'entoure.

Avant d'avoir une compréhension du monde et du temps le bébé est soumis à des cycles d'alternances tels que veille/sommeil, faim/satiété, présence/absence de contact avec l'entourage. Ces cycles se répétant ils vont peu à peu être intégrés par l'enfant. Ainsi la structuration temporelle naît de la répétition d'évènements. La suite des évènements devient alors prévisible pour l'enfant. Les **rythmes** sont importants à prendre en compte car ils permettent, d'une part la structuration temporelle, mais aussi la construction de représentations psychiques concernant la permanence de l'objet, l'invariabilité des retrouvailles après les séparations, la stabilité des relations et donc la **sécurité affective**.

Ses progrès moteurs vont aussi lui permettre de créer des séquences motrices qui s'inscrivent dans le temps et qu'il pourra répéter. La structuration temporelle est ainsi liée à l'action et l'enfant en comprend l'ordre et la durée.

En grandissant et avec la maîtrise du langage l'enfant va, peu à peu, pouvoir prendre appui sur des repères temporels extérieurs à l'action.

Le temps devient une **structure homogène, stable, continue et irréversible**. Le temps est objectif et sert de support aux relations. Toutes ces caractéristiques du temps contribuent à le rendre sécurisant. La structuration temporelle permet aussi l'adaptation aux rythmes sociaux, professionnels, collectifs, ... Ce rapport au temps nous accompagne toute notre vie.

2.1.2 La sphère temporelle mise à mal par le traumatisme

L'un des symptômes principaux du diagnostic de PTSD est donc la présence de flash-back et de reviviscences. Ce symptôme reflète le rapport au temps pour les patients : « le traumatisme nous bloque dans une impasse, où on interprète le présent à la lumière d'un passé immuable. » (van der Kolk, 2018, p. 411).

Les reviviscences sont composées de sensations, d'images, de sons qui ne sont pas intégrés, et ne peuvent donc s'apparenter à un souvenir que l'on peut choisir d'explorer. Les reviviscences s'imposent dans la réalité présente des personnes et peuvent survenir à tout moment. **La linéarité du temps est interrompue** ainsi que **sa prévisibilité et sa rythmicité**, ce qui a des conséquences sur le **sentiment de sécurité intérieure** des personnes, leur capacité à entrer en relation et leurs capacités d'adaptation. Les reviviscences et la perte de repère qu'elles occasionnent engendrent une grande souffrance pour ces patients.

M. B. est resté bloqué au moment de l'attaque qu'il a subi, ce jour-là des personnes l'ont pris par surprise et l'on battu presque à mort. Suite à cela il a fui son pays. Aujourd'hui, plusieurs années après cette attaque, il répète encore inlassablement qu'il a peur de mourir et que « moralement ça ne va pas bien ». Il se sent chaque jour en danger et menacé, il a peur que d'autres personnes viennent le frapper.

2.1.3 Le temps dans la migration

Après des parcours de migration plus ou moins long et plus ou moins traumatisant les migrants arrivant en France rencontrent **d'autres formes de violences**. Comme le décrit Elise Pestre dans *La vie psychique des réfugiés*, c'est avant tout leur situation juridique et le parcours de la demande d'asile qui est nocif pour la vie psychique. En effet, le demandeur d'asile doit passer un premier entretien à l'OFPPRA, où, il est sommé de raconter son parcours et les raisons de sa demande d'asile. Outre la souffrance engendrée par la confrontation à des souvenirs traumatiques, cette injonction à témoigner comporte le risque de ne pas être cru. Le demandeur d'asile peut alors porter recours auprès de la cour nationale du droit d'asile (CNDA) en cas de rejet de sa demande. Si son témoignage manque de preuves convaincantes sur la véracité de ce qu'il dit ; le demandeur d'asile reçoit alors l'obligation de quitter le territoire français (OQTF). Alors, ne pouvant retourner dans son pays et n'étant pas reconnu dans le pays où il demande l'asile, le « réfugié non reconnu comme tel, cet homme est finalement condamné "à n'être personne", à demeurer un anonyme ». (Pestre, 2010, p. 51).

Tout ce parcours est soumis au **rythme de la justice et de l'administration**. Le migrant est alors soumis au **temps de l'attente**, ce qui participe de sa souffrance psychique. Sans les droits d'asile, ou dans leur attente **il ne peut se projeter** dans l'avenir et reste bloqué dans le temps.

Notons aussi que le rapport au temps est une construction culturelle et sociale. Ainsi pour les patients en situation de migration, la culture française dans laquelle ils se retrouvent plongés engendre une perturbation supplémentaire de la sphère spatio-temporelle.

Dans le parcours de M. B., l'aspect administratif est aussi important. En effet, il n'a pas été reconnu comme ayant été victime de persécutions et n'a pu obtenir le droit à l'asile. Il est donc réellement bloqué dans cette situation. Il ne peut ni retourner dans son pays, ni se projeter dans un avenir en France.

A l'inverse Mme C. a obtenu le statut de réfugié car elle a été reconnue comme victime potentielle. Elle peut aujourd'hui se projeter dans un avenir et elle ne fait plus de cauchemars.

Mme A., elle, est dans l'attente de la poursuite de ses démarches après sa demande auprès de l'OFPPA. Cette suspension du temps la ramène sans cesse aux images de son passé dont elle ne peut se sortir.

2.2 L'Espace

2.2.1 Structuration spatiale

La structuration spatiale permet de **se mouvoir et de se repérer** dans son environnement. C'est aussi l'espace qui permet de distinguer ce qui est soi de ce qui est non-soi dans notre lien à l'environnement, aux autres et aux objets.

La connaissance d'un espace extérieur à soi s'enracine dans l'intégration du corps propre. En effet, c'est par la perception **d'un dedans et d'un dehors** dans son propre corps que l'enfant va pouvoir comprendre la notion d'espace. Comme la structuration temporelle, la structuration spatiale est le fruit d'une intégration qui se fait tout au long du développement psychomoteur.

Au moment de la naissance, le bébé passe d'un espace où il est contenu et en apesanteur, à un espace ouvert et dans lequel il est soumis à la gravité. Dans les premiers temps de sa vie, l'enfant ne peut pas se déplacer volontairement et les différentes modalités sensorielles ne sont pas encore complètement accordées. Peu à peu ses progrès moteurs, la préhension et la mise en place des coordinations oculo-manuelles, vont lui permettre d'établir des corrélations, de comprendre et de maîtriser les caractéristiques spatiales des objets. Jusqu'à l'âge de 7-8 ans l'enfant se réfère à son corps propre pour les notions topologiques. Peu à peu il va pouvoir intellectualiser cette notion et décentrer sa perception de l'espace.

Une notion liée à l'espace qui a toute son importance avec les personnes que nous rencontrons est la proxémie. Développée par Edward T. Hall, elle concerne la distance interpersonnelle que les individus conservent entre eux. Cette distance varie selon la culture et les rapports sociaux que les individus entretiennent. Cette notion nous intéresse en psychomotricité car elle aborde l'espace dans sa composante relationnelle et dans sa

dimension socio-culturelle. (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015)

2.2.2 L'espace dans le traumatisme

En clinique on peut évoquer la façon dont les personnes que nous recevons à l'EMPP ou que nous rencontrons au CAU occupent l'espace. En effet, elles peuvent ne pas occuper tous l'espace offert lors d'invitation à bouger dans l'espace d'une pièce.

Néanmoins, au-delà de ce rapport avec l'espace proche du corps, les patients de l'EMPP savent très bien s'orienter vers des lieux ressources. On pourrait supposer que la dimension culturelle et la différence d'organisation de notre ville occidentale serait aussi un frein à l'adaptation et au repérage spatial. Or cela ne semble pas être le cas. Nos patients retrouvent très bien leur chemin pour venir à l'EMPP ou dans les lieux d'aide, de soin et de logement. Cette capacité d'orientation est peut-être à relier à une **hyper-adaptation** ; hyper-adaptation au repérage spatial pour la survie. Une hyper-adaptation qui est peut-être en lien avec l'hypervigilance dont certains font preuve. En effet, si le cerveau continue d'activer le système de stress tous les sens sont en alerte en permanence et l'on devient alors hypervigilant.

Je marche dans la rue, en dehors du lieu et du jour de présence sur mon lieu de stage. On m'interpelle plusieurs fois. C'est Mme N. une patiente de l'EMPP. Elle m'a repéré et reconnue dans la foule de gens autour alors qu'elle est en train de discuter avec quelqu'un d'autre.

3. Une coupure du lien à soi

3.1 Boucle sensation perception représentation

En psychomotricité nous nous intéressons particulièrement à la sensorialité. En effet, elle est la base de notre lien au monde, aux autres et à nous même. C'est par nos organes des sens que nous pouvons nous construire et être en relation avec notre environnement. C'est aussi grâce à cela que nous pouvons nous adapter à ce que nous vivons.

Notre **monde sensoriel** est composé d'informations tactiles, visuelles, auditives, olfactives, gustatives mais aussi proprioceptives et vestibulaires. On peut aussi noter que la perception de la douleur, la nociception, se fait par des récepteurs spécifiques.

La **répétition des sensations** et leur mise en sens les transforment peu à peu en **perceptions** puis en **représentations**. Par mise en sens, j'entends la signification que l'environnement donne à l'enfant autour de ce qu'il vit « tu t'es piqué » ; « tu as bien mangé » « oh ! un chat ». Tout ceci amène à la construction d'objets internes auxquels nous nous référons pour comprendre le monde extérieur et aussi ce qui nous arrive. Face à de nouvelles sensations nous opérons selon ce même mode.

3.2 Le sentiment de soi

Antonio Damasio, neurologue, rejoint Didier Anzieu, psychanalyste, sur la question de l'enveloppe ou de la limite du corps comme participant du sentiment d'être soi. En effet, chacun de ces deux auteurs exprime à sa manière le fait que nous construisons notre sentiment d'exister en différenciant ce qui est soi et ce qui est non-soi. Tous deux en tirent des concepts différents et nous allons voir comment le sentiment de soi trouve son origine dans la perception de notre corps.

Damasio explique que le sentiment de soi n'est pas quelque chose d'immuable, fixé dans le temps ; non le sentiment de soi est reconstruit instant après instant.

D'après lui le **sentiment de soi** se base sur ce qu'il nomme le **proto-soi**. Le proto-soi correspond aux différentes cartographies du corps réalisées et réactualisées en permanence par le cerveau grâce aux afférences du système somato-sensoriel.

Le système somato-sensoriel peut être divisé en trois niveaux d'informations différents : le premier informe le cerveau sur le milieu interne (paramètres physiologiques de base comme la température ou le pH) et le fonctionnement viscéral, le second concerne le système musculosquelettique et vestibulaire et enfin le troisième correspond au sens du toucher. Le cerveau est donc constamment informé de l'état du corps, selon les différentes modalités

sensorielles. Tout ceci permet une stabilité du fonctionnement de l'organisme. Le proto-soi n'est pas conscient (Damasio, 2002).

L'action et la rencontre avec des objets dans notre environnement vont ensuite conduire à la création d'un soi-central. Ce soi-central est la connaissance que nous avons de nous-même, dans l'instant, grâce à la modification apportée à l'ensemble de notre système perceptif par l'objet avec lequel nous sommes en contact. Ce soi-central est transitoire, il n'existe que lorsque nous nous percevons en tant qu'objet interagissant dans l'ici et maintenant avec les objets de son environnement. Comme nous sommes en permanence en interaction avec notre environnement ce soi-central est sans cesse recréé.

« La première base du *vous* conscient est un sentiment qui apparaît dans la représentation du *proto-Soi non conscient en cours de modifications*, au sein d'un compte rendu qui établit la cause de la modification. » (Damasio, 2002, p. 176).

Comme les sensations deviennent des représentations, c'est la répétition qui crée le soi-autobiographique. Cette instance repose sur la mémoire autobiographique et permet la continuité de soi. En effet, tous les instants de « soi-central » laissent des traces mnésiques, re-mémorables à tout instant et qui permettent de **construire un sentiment de continuité**.

En résumé, **la conscience de soi** dans la continuité du temps est possible grâce à la **conscience de l'instant** - la conscience-noyau. Elle-même s'appuie sur des réseaux de neurones qui mettent en lien principalement les cortex cingulaires, les noyaux thalamiques et les colliculi supérieurs. « La continuité de la conscience repose sur l'engendrement stable de pulsations de consciences, qui correspondent au traitement indéfini de myriades d'objets, dont l'interaction, réelle ou constamment remémorée, modifie le proto-Soi. » (Damasio, 2002, p. 181). Il me paraît important d'ajouter que les modifications du proto-soi comprennent aussi les réactions émotionnelles.

3.3 Traumatisme et coupure du lien à soi

Dans le cas des personnes traumatisées nous allons voir que ce lien essentiel avec soi est perturbé.

Dans *Le Corps n'Oublie Rien*, Bessel van der Kolk explique que les recherches en neurosciences sur le traumatisme se sont longtemps concentrées sur ce qui se produisait dans le cerveau des personnes traumatisées lors des reviviscences, avant de s'intéresser au mode par défaut du cerveau ; moment où les personnes ne pensent pas au traumatisme. Il cite notamment les recherches de Ruth Lanius.

Lorsque nous ne pensons à rien de particulier, notre attention se dirige vers nous-même, nos sensations et perceptions de nous-même. Les zones actives dans le cerveau à ce moment-là sont donc en lien avec **le sentiment de soi**. L'expérience réalisée consistait à demander aux sujets de l'étude de ne « penser à rien de particulier » pendant la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique fonctionnelle. La différence de résultats entre le groupe témoins et le groupe de personnes avec un diagnostic de PTSD est conséquente. L'analyse des résultats met en évidence le fait que chez les personnes traumatisées, les « zones cérébrales du sentiment de soi », notamment le cortex cingulaire et le thalamus, ne sont pas actives ou très peu. B. van der Kolk propose alors cette lecture : « Les scanners de ces patients témoignaient d'une **adaptation tragique** : pour tenter de faire barrage à leurs sensations terrifiantes, ils avaient aussi **endormi leurs capacités à se sentir pleinement vivants**. » (van der Kolk, 2018, p. 133).

Les personnes traumatisées, en se coupant de leurs sensations se coupent de ce qui contribue à leur sentiment d'être soi. Ainsi elles peuvent rencontrer un grand nombre de difficultés liées à cela. Comment savoir ce qui nous motive, comment prendre soin de soi quand notre perception de nos besoins élémentaires est altérée, comment être présent à l'autre et à soi-même dans la relation ?

Il est difficile de « démontrer » que quelqu'un est déconnecté de lui-même, pourtant c'est bien quelque chose que nous pouvons ressentir dans la relation avec les patients rencontrés à l'EMPP. Cela s'observe à travers différentes choses, par exemple, l'apragmatisme dont la plupart d'entre eux font preuve : déconnectés d'eux-mêmes ils ne savent pas comment s'organiser pour les démarches administratives. Je ne donnerai ici qu'une vignette clinique car

la reconquête du lien à soi est vraiment l'objet du travail en psychomotricité avec les personnes traumatisées. Tous les « dysfonctionnements » mentionnés dans les vignettes cliniques précédentes témoignent un peu de cette coupure du lien à soi.

Mme N. a une histoire particulière et douloureuse : obligée de fuir son pays pour des raisons politique elle se retrouve dans un camp de réfugiés. Dans ce camp où elle reste 2 ans elle est violée quotidiennement. Sa religion et ses croyances l'empêchent d'en parler. Elle obtient le statut de réfugiée, néanmoins le traumatisme est toujours bien présent, ... ou plutôt Mme N., elle, est absente à elle-même. Cela est particulièrement marqué lors des séances individuelles et j'y reviendrai lorsque j'aborderai le toucher.

C'est en lisant une vignette clinique rapporté par C. Potel que j'ai pu mettre en lien la présentation de Mme N. avec le traumatisme. En effet, comme l'adolescent décrit par C. Potel, Mme N. a une odeur corporelle particulièrement forte et porte des vêtements qui ne semblent pas ajustés. Cette observation porte sur la conscience qu'elle a d'elle-même, de son corps et de sa propre place dans la relation à l'autre. Dans l'histoire de l'adolescent, ce dernier, après un travail en psychomotricité fini par prendre conscience de lui-même. Avec cela vient la conscience de son odeur et il demande alors si elle dérange l'autre lors des séances.

4. Quelle place pour l'évaluation psychomotrice ?

A travers les différents aspects évoqués précédemment, nous pouvons constater à quel point le sujet est mis à mal par le psychotraumatisme et en quoi les **fonctions psychomotrices** sont atteintes.

Les situations de détresse sont trop importantes pour proposer un bilan psychomoteur classique avec une évaluation objectivée, soumise au regard de l'autre. La priorité est donc **d'accueillir** le patient et ce qu'il nous confie. Pour cela il est nécessaire de créer un **cadre** relationnel **contenant et sécurisant**.

Dans cet accueil l'évaluation est quand même présente mais elle ne concerne pas les compétences. En effet, Catherine Potel nous rappelle que si le psychomotricien s'intéresse au corps à travers tout ce qui est en rapport avec le mouvement et les composantes « anatomo-

physiologiques dont dépend la fonctionnalité corporelle » il s'intéresse aussi « à tout ce qui, du corps, traduit l'intention, le désir, l'expression de l'être. » (Potel, 2010, p. 105). A l'EMPP, la psychomotricienne, évalue l'intérêt que les patients peuvent avoir pour l'approche corporelle et leur capacité à se saisir de cet espace de soin.

III- Intérêt de la psychomotricité en situation de traumatisme psychique : la résilience comme point d'appui

« Comment se reconstruire ? Comment refaire en soi le lourd écheveau des souvenirs ? »

Antoine De Saint-Exupéry, *Lettre à un otage.*

« Depuis que le concept de traumatisme psychique est né, l'enchaînement des idées exige qu'après la description clinique et la recherche des causes, on s'applique à prévenir les traumatismes et mieux les réparer. Dans ce cas, on aura besoin du concept de résilience. »

Boris Cyrulnik, *Les vilains petits canards*

Une fois ces constats faits sur le psychotrauma, nous porterons un regard sur ce qui peut être proposé, ce qui permet d'avancer et de rebondir. Nous allons donc nous intéresser au concept de résilience et voir s'il est possible d'en faire un appui pour la pratique psychomotrice.

1. Le concept de résilience

D'après le dictionnaire de l'académie de médecine : le terme résilience est un « *Terme que la psychologie a emprunté à la physique : capacité d'un corps à résister à une contrainte physique.* » Ainsi face à un stress, une contrainte appliquée à un matériau, ce dernier fait preuve de résilience en résistant à cette contrainte. L'étymologie latine de ce mot *resilio* signifie résister, rebondir.

1.1 Généralités

Nous commencerons par la rapide définition de la résilience proposée par Jacques Lecomte : « La résilience, c'est le fait de **rebondir**, de **se reconstruire** après un ou des traumatismes. » (Lecomte, 2010, p. 5).

L'utilisation du mot résilience (ou *resiliency*), pour désigner la capacité à rebondir après une épreuve, n'est pas nouvelle. En effet, John Bowlby utilise ce terme dans ses travaux sur l'attachement dans les années 1980 et Boris Cyrulnik l'importe en France dans les années 1990. Néanmoins, Paul Claudel en décrit déjà l'utilisation dans les années 1930 dans la culture américaine, comme une qualité.

L'intérêt de ce concept est de ne plus condamner le sujet traumatisé, et l'humain en général, à la répétition du traumatisme et à souffrir toute sa vie. Mais, au contraire, de « pouvoir poursuivre un développement sain et [épanouissant] malgré les épreuves de la vie, voire même de s'en trouver grandi » d'après Étienne Vermeiren (Vermeiren, 2012, p. 16).

1.1.1 Définition et caractéristiques

Le processus de résilience naît de la rencontre avec un traumatisme et la menace de désorganisation du psychisme. « La résilience peut se définir comme un processus de protection et d'élaboration qui permet la **reprise d'un nouveau développement** après un traumatisme », selon Marie Anaut (Anaut, 2012, p. 4). Cette définition est intéressante car elle met l'accent sur la résilience en tant que **processus**, et non en tant que qualité ou capacité, qu'un individu aurait ou n'aurait pas. Ce processus n'est d'ailleurs pas linéaire. M. Anaut ajoute à cela que ce processus s'appuie sur des **ressources internes et externes** de l'individu (Anaut, 2012).

E. Vermeiren, revient sur l'étymologie, précisant que l'origine latine « renvoie à faire un bond en arrière » et insiste sur la **dynamique** associée. En effet, avec cette étymologie on peut comprendre « la nécessité pour le sujet de " reculer pour mieux sauter ", [...] comme si, privé de ses repères stables, par la rencontre traumatique, le sujet et son système, pétrifiés par le trauma, avaient à **retourner chercher dans la stabilité des liens antérieurs**, la force de

poursuivre leur chemin, mobilisant leurs ressources intrapsychiques et relationnelles pour écrire le possible de leur devenir. » (Vermeiren, 2012, p. 16)

En disant cela, il insiste sur les aspects **systemique, relationnel** et **dynamique** de ce processus ainsi que l'importance de ressources construites antérieurement au traumatisme. Pour E. Vermeiren, « la résilience n'a [donc] rien à voir avec la résistance, mais s'inscrit davantage dans la logique du soin après avoir été touché » (Vermeiren, 2012, p. 17).

Les appuis nécessaires pour la résilience varient selon les auteurs : pour B. Cyrulnik c'est avant tout la rencontre avec un **tuteur de résilience** ; nous y reviendrons plus tard, et ensuite la **créativité** à travers l'art et la culture, qui permet de transformer son vécu traumatique en un récit partageable. J. Lecomte, en s'appuyant sur Stefan Vanistendael, met en avant l'idée selon laquelle c'est le **lien** et le **sens**, « sens dans les deux acceptations du terme, c'est-à-dire d'orientation et de signification », qui sont le support premier de la résilience (Lecomte, 2010, p. 8). Enfin, pour compléter, à travers le livre *Le corps n'oublie rien* de B. Van der Kolk, on comprend que **l'ancrage du sujet dans son corps** et **la reconnexion avec son vécu corporel** sont aussi des éléments essentiels à la résilience.

Tous ces éléments sont à rechercher à la fois dans les ressources externes et internes de l'individu. Ainsi d'après Cyrulnik, des liens d'attachement sécurisant dans l'enfance sont des ressources sur lesquelles le sujet pourra s'appuyer *a posteriori*. Ce point de vue redonne au sujet un rôle **d'acteur de son existence** et le replace dans un **rapport dynamique aux évènements** qu'il rencontre (Vermeiren, 2012).

E. Vermeiren, nous met aussi en garde. Le risque du concept de résilience est d'une part d'en faire une qualité qu'un individu posséderait ou ne posséderait pas, terrain glissant propice à des jugements de valeurs et à la stigmatisation. D'autre part, le risque est qu' « Avoir aujourd'hui vécu et traversé (peu importe comment d'ailleurs) un événement traumatique apporte une gloire et une pseudo-reconnaissance sociale qui n'est pas sans lien avec la fascination morbide » (Vermeiren, 2012, p. 18).

1.1.2 Différentes étapes

M. Anaut distingue deux stades dans le « cheminement résilient ».

La première phase « confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique », correspond aux **mécanismes de défense** que l'individu met en place pour atténuer l'impact du traumatisme. Les mécanismes de défense incluent alors « toute forme de protection qui empêche l'envahissement et le débordement des défenses habituelles du sujet. » ; y compris « la répression des affects, le déni, le clivage, la projection, l'omnipotence, ou encore le passage à l'acte... » (Anaut, 2012, p. 5). Il semble important de prendre en compte le fait que la résilience est un processus et qu'elle demande du temps pour s'élaborer. Les premiers mécanismes de défenses mis en place sont nécessaires car ils permettent d'éviter l'effondrement psychique dans un premier temps.

Le second stade de ce processus « intégration, élaboration et reprise d'un néo-développement » correspond à l'abandon des défenses mises en place dans l'urgence et le recouvrement par **d'autres mécanismes de défenses « matures »** (Anaut, 2012, p. 5). Parmi ces mécanismes de défense nous pouvons citer l'humour, la créativité, l'altruisme et l'intellectualisation.

D'après M. Anaut c'est un travail de mise en sens du vécu qui permet le passage à cette seconde étape. Elle insiste sur la nécessité de la mentalisation et de la symbolisation des affects. Néanmoins d'après B. Van der Kolk ce type de travail ne suffit pas dans le psychotraumatisme ; on ne peut aborder le souvenir traumatique sans être plongé dans des reviviscences que lorsqu'on se sent en **sécurité**. C'est pour cela qu'un travail corporel est aussi nécessaire.

Les étapes décrites ici sont celles qui permettent un néo-développement. Le processus de résilience ne gomme pas le traumatisme pour reprendre la vie là où elle s'est arrêtée. « Il ne s'agit pas de la simple reprise du développement antérieur, comme si rien ne s'était passé, mais bien d'un **nouveau développement qui intègre l'expérience traumatique** et parfois s'en nourrit » (Anaut, 2012, p. 6).

1.2 Tuteur de résilience

1.2.1 Définition

Boris Cyrulnik et Jacques Lecomte mettent en avant l'importance des « tuteurs de résilience » dans le processus de résilience. Les tuteurs de résilience sont une ou des personnes dont la **rencontre** a permis de renouer le lien social et **d'entrer dans un processus de résilience**. Ce qui caractérise le tuteur de résilience est surtout ce qu'il représente pour la personne dans l'après-coup ; une fois qu'elle a repris un développement et qu'elle peut dire « c'est grâce à telle personne que je m'en suis sortie ». Le lien humanisant est primordial dans ce processus ; « dans le réel chaque rencontre est une bifurcation possible. » (Cyrulnik, 2004).

La métaphore du tuteur que le jardinier donne en support à sa plante pour qu'elle se développe vient souligner l'importance du lien humain et des comportements d'attachement dans le développement et la résilience. B. Cyrulnik met l'accent sur les comportements d'attachement construits et acquis dans l'enfance qui permettent à la personne de chercher dans son environnement des tuteurs auprès desquels reprendre un développement résilient.

1.2.2 Les composantes du lien facilitatrices de résilience

J. Lecomte, partant du principe qu'on ne peut choisir de devenir le tuteur de résilience d'une personne, décrit les « diverses composantes du lien » comme étant des éléments facilitateurs de la résilience.

La première composante qu'il identifie peut paraître étrange dans le milieu soignant : « **manifester de l'empathie et de l'affection** » (Lecomte, 2010, p. 14). Il se justifie en expliquant que, parmi tous les témoignages évoquant des tuteurs de résilience, qu'il a reçus, peu d'entre eux évoquaient la bienveillance reçue, mais plutôt le fait de s'être senti aimé. Pour lui, il est nécessaire d'associer à **la bonne distance professionnelle, la bonne proximité humaine**. En effet, la relation soignant-soigné, où rien de l'univers personnel du soignant n'est impliqué dans le soin, conduit à une relation très asymétrique et ne correspond pas aux besoins des personnes rencontrées. La bonne proximité humaine se base sur ce qu'il appelle « notre

commune humanité » (Lecomte, 2010, p. 29). Par ce terme, il désigne les parties du soignant communes à son univers professionnel et personnel. Les limites de cette zone de commune humanité peuvent varier en fonction des personnes accueillies, des circonstances et éventuellement, de l'humeur ou de la situation du soignant. C'est sur cette commune humanité qu'émerge la résilience.

En tant que future psychomotricienne, cette idée me touche, car le psychomotricien s'engage corporellement auprès de son patient et ne peut faire abstraction de cette question de la bonne distance ou de la bonne proximité.

La seconde composante favorisant la résilience pour J. Lecomte consiste à « **s'intéresser prioritairement aux côtés positifs de la personne en souffrance** » (Lecomte, 2010, p. 18). En effet, « certains savent très bien montrer le pire d'eux-mêmes ; ils savent très bien le montrer, parce que souvent ils ne connaissent que cela d'eux-mêmes. Tout l'art des tuteurs de résilience est de savoir aller au-delà des sombres apparences. » (Lecomte, 2010, p. 18). Tout en restant **modeste** et en « **laissant la liberté au patient de parler ou de se taire** ». En effet, différentes études montrent que parler trop tôt et trop profondément de ce qui fait traumatisme n'est pas nécessairement très bon pour les personnes traumatisées. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déconseille ainsi aux psychiatres intervenant après des catastrophes de faire parler de ce qu'ils ont vécu aux patients (Lecomte, 2010).

J. Lecomte recommande aussi d'être **patient** et de « **ne pas se décourager face aux " échecs " apparents** » (Lecomte, 2010, p. 20). En effet, la résilience étant un processus non linéaire, les périodes de mieux-être peuvent côtoyer des moments plus difficiles. Il est ainsi nécessaire de faire confiance au patient dans ses capacités de réussite, sinon comment pouvons-nous attendre de lui qu'il nous fasse confiance ?

La septième composante décrite consiste à « **respecter le parcours de résilience d'autrui** ». En effet, chaque être humain étant unique, les parcours de résilience de chacun le sont aussi ; il n'y a pas ainsi de modèle de parcours de résilience. Dans la même idée, il conseille d'« **éviter les gentilles phrases qui font mal** », tel que « n'y pensez plus, il faut oublier tout ça » ou encore « je me mets à votre place ». La première vient, en effet, à l'encontre du processus de résilience qui ne consiste pas à oublier mais à se « construire avec ». La seconde nie tout simplement la subjectivité du sujet et « Qui peut prétendre se mettre à la place d'une

jeune fille qui a subi l'inceste ? Ou d'une mère qui a perdu son enfant ? Personne, à moins de l'avoir vécu soi-même. » (Lecomte, 2010, p. 27).

Enfin J. Lecomte ajoute que « **faciliter l'altruisme chez les autres** » favorise aussi la résilience. En effet, aider les autres participe au bien-être : cela rend compétent dans la relation.

2. La résilience : quel appui pour penser le suivi en psychomotricité ?

2.1 Les qualités que le psychomotricien tend à acquérir

Les composantes du lien, facilitatrices de résilience, que J. Lecomte propose, peuvent évoquer certaines qualités du psychomotricien.

En effet, **l'engagement corporel** du psychomotricien auprès de son patient l'oblige à s'appuyer sur ses affects et la part de « **commune humanité** » pour s'ajuster dans le soin. Imaginons qu'un psychomotricien ne prenne pas en compte ses ressentis et affects et se contente de les garder à distance, il prend alors le risque de se faire submerger par une émotion non écoutée et/ou de passer à côté de ce qui se joue pour son patient. La qualité du soin apporté est alors mise en péril.

En psychomotricité, la **perspective développementale** est essentielle. Ainsi, nous essayons de comprendre comment rejoindre notre patient là où il se trouve et lui proposer des objectifs à sa portée. Cette approche implique de tenir compte des « points forts » autant que des difficultés et de guider le patient pour qu'il puisse **s'appuyer sur ses propres ressources**. Ainsi le patient est aussi acteur de son soin.

Le psychomotricien, pour proposer un soin de qualité, se doit en premier lieu d'être à l'écoute. **A l'écoute** de toute information susceptible de l'aider à comprendre les enjeux du soin pour son patient. C'est-à-dire les informations verbales comme non verbales. **L'empathie** complète cette capacité d'écoute. Le psychomotricien doit aussi posséder des capacités **d'analyse** pour comprendre ce qui est en jeu avec son patient. En suivant vient **l'adaptation** qui permet de proposer quelque chose d'ajusté au patient. La **curiosité intellectuelle** lui permet de continuer à se former et de développer ses connaissances. Et enfin la **créativité** qui soutient l'adaptation est une qualité souvent attribuée au psychomotricien.

2.2 C'est à partir du corps que s'élabore la pensée – Construire un sentiment de sécurité

B. Van der Kolk rappelle **qu'on ne peut pas effacer** ou « soigner » les vécus traumatisants des patients. En revanche, « ce que l'on peut traiter, ce sont les traces que le traumatisme laisse sur le corps, l'esprit et l'âme : la peur de perdre son sang-froid ; la vigilance constante par crainte d'un danger ou d'un rejet ; la haine de soi ; les cauchemars et les flash-backs ; le brouillard qui empêche de se concentrer et de s'investir pleinement dans ce que l'on fait ; l'incapacité à ouvrir son cœur à une autre personne. » (van der Kolk, 2018, p. 277).

Comme nous l'avons vu le traumatisme coupe du lien à soi-même et ainsi engendre des blocages émotionnels et des répercussions sur la relation aux autres. Ainsi amorcer un processus de résilience passe aussi par le rétablissement du déséquilibre émotionnel et la construction d'**une base de sécurité en soi-même** ; afin de pouvoir se confronter au traumatisme sans subir un nouveau choc. « Comprendre *pourquoi* on éprouve un sentiment ne change pas *ce que l'on ressent*. » (van der Kolk, 2018, p. 279).

B. Van der Kolk détermine six axes pour « retrouver la maîtrise de son soi ». Il parle en premier lieu de désactiver l'aspect émotionnel suractivé. Il insiste sur le fait que l'être humain possède en lui-même de nombreux moyens de régulation auxquels il est possible de faire appel. Il explique notamment comment **le mouvement** et le fait de se concentrer sur **sa respiration** a un impact physiologique et régule les émotions. Il mentionne ainsi le yoga, la cohérence cardiaque, le tai-chi, les percussions, les arts martiaux japonais et coréen, la capoeira, ... comme moyen de réguler les émotions et de permettre au patient de s'apaiser. En psychomotricité, la rencontre s'appuie sur l'intermédiaire de médiations corporelles.

Le second axe qu'il détermine concerne **la pleine conscience**. En effet, les personnes traumatisées sont confrontées quotidiennement à des sensations douloureuses : nausées, importantes gênes respiratoires, etc. Ce sont des sensations qu'elles cherchent à éviter. Or cela augmente le risque de leur survenue. La pleine conscience permet alors de se mettre en contact avec ses émotions et sensations, petit à petit, de mieux les reconnaître sans se laisser déborder par elles. Sans être nécessairement formé à la méditation de pleine conscience, le psychomotricien travaille avec les émotions et sensations qui se présentent et soutient ainsi le

patient dans la redécouverte de ses sensations et dans une « attitude » de pleine conscience. En effet, les temps de verbalisations permettent de porter son attention sur les émotions et sensations.

En troisième, vient **la relation**, car, en effet, le soutien de l'entourage est primordial pour s'apaiser, retrouver confiance en soi. Il y a néanmoins un bémol : selon le traumatisme et la façon dont il a été vécu, l'entourage peut être absent (migrants arrivés seuls...), ou ne pas offrir le soutien nécessaire, voire constituer un danger. La personne traumatisée peut également ne plus être capable d'ouvrir son cœur à ses proches. B. Van der Kolk insiste alors sur la formation et la place du thérapeute. Celui-ci doit permettre la création d'une alliance thérapeutique solide et offrir contenance et stabilité au patient.

Enfin, le quatrième axe concerne **les rythmes**, le cinquième, **le toucher** et le sixième s'intitule « **passer à l'action** ». Ce sont des sujets importants en psychomotricité aussi, sur lesquels nous reviendrons plus tard.

2.3 La médiation corporelle en psychomotricité

Le psychomotricien utilise souvent dans sa pratique des **médiations corporelles**. Le terme de médiation corporelle recouvre toutes les activités, techniques, pratiques thérapeutiques, sportives ou artistiques qui mettent en jeu le corps dans le réel. Elles ont un rôle d'intermédiaire dans la relation thérapeutique ; C. Potel relie la médiation thérapeutique aux **phénomènes transitionnels** décrits par Donald W. Winnicott. Ces phénomènes transitionnels, désignent les processus qui permettent d'aboutir à la séparation et donc au symbolisme chez l'enfant.

L'objectif général derrière l'utilisation d'une médiation n'est pas d'apprendre au sujet la maîtrise des compétences requises pour l'activité utilisée, mais **d'offrir un lieu d'expérimentation et d'expression**. Ces expériences et les vécus corporels bruts qui y sont associés « deviennent matière à transformation et à élaboration psychique » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 2. Méthodes et techniques, 2015, p. 19).

Chaque psychomotricien propose des médiations qui lui sont propres car liées à son expérience personnelle. Sans cela, il ne peut donner du sens à ce qui est vécu et partagé grâce à la médiation. Sa connaissance et son investissement, dans cette médiation, sont aussi importants pour construire une pensée théorico-clinique et accompagner son patient.

Il me semble qu'avec les personnes traumatisées et dans l'idée de soutenir chez elles la résilience, la médiation thérapeutique est particulièrement importante. En effet, quand les patients n'ont pas les mots pour exprimer et transformer leur vécu douloureux et leur souffrance, le passage par le corps et par des processus primaires, en deçà du symbolisme, est nécessaire. Il permet à la fois la **création d'une base de sécurité** comme nous l'avons évoqué précédemment mais aussi pour **transformer un vécu brut en quelque chose de symbolisable, pensé et mis à distance.**

Pour résumer cette partie nous pouvons dire que le traumatisme psychique affecte l'individu dans la globalité de son être touchant ainsi la sphère psychomotrice. Pour faciliter un processus de résilience nous devons alors tenir compte de cet impact sur la sphère psychomotrice. Nous allons donc nous intéresser à ce qui peut être proposé concrètement en psychomotricité pour faciliter la résilience de personnes traumatisées.

Partie 2 : Faciliter la résilience en psychomotricité

« Ce que la chenille appelle fin du monde, le sage l'appelle papillon. »

Richard Bach

Nous avons vu que les médiations corporelles utilisées par le psychomotricien semblent avoir un intérêt pour faciliter la résilience des personnes traumatisées. Nous allons voir plus en détails de quelle manière. Je m'appuierai sur les deux médiations principales que j'ai pu observer à l'EMPP, le toucher et le mouvement dansé, mais d'autres médiations sont aussi utilisées : relaxation, production de dessins, pâte à modeler, couture, ...

I- La médiation du toucher avec les personnes traumatisées

J'aborderai en premier lieu l'importance du **toucher** dans les prises en soin en individuel à l'EMPP. Je pense que cela ne va pas de soi de rentrer dans un contact tactile avec des personnes qui sont traumatisées et qui ont en particulier subi des violences physiques. Néanmoins, comme le rappelle B. Van der Kolk « La manière la plus naturelle d'apaiser sa souffrance consiste à être touché, enlacé, bercé. Cela calme l'hyperexcitation et donne le sentiment d'être intact, protégé et maître de soi » (van der Kolk, 2018, p. 292). En effet, le sens du toucher est essentiel dans notre développement, notre sentiment de soi et notre bien-être.

1. L'importance du toucher dans la construction du psychisme

Dans un premier temps, il me semble important de revenir sur la place du toucher dans le développement de l'enfant car cela nous permettra d'avoir une compréhension de ce qu'il implique chez l'adulte, en particulier traumatisé.

1.1 Sens tactile et exploration de l'environnement

Dès in utero, les organes de sens se développent et certains sont fonctionnels très tôt. C'est le cas notamment des récepteurs tactiles de la peau. En effet, ceux-ci apparaissent autour de la bouche dès la 7^{ème} semaine de vie in utero et ils recouvrent toute la surface cutanée à partir de la 20^{ème} semaine (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015). Le toucher est **le premier des cinq sens** à être fonctionnel. C'est ainsi la première modalité sensorielle par laquelle le fœtus découvre son environnement. In utero, il perçoit les mouvements de son corps et ceux de sa mère grâce au liquide amniotique et au contact avec la paroi utérine. Hervé Segond « insiste sur l'effet apaisant chez le nouveau-né de la stimulation tactile » (Boutillier, 2017, p. 33).

In utero, « Les pieds et les mains sont en contact fréquent avec la face. Aussi, le fœtus peut déclencher lui-même des réflexes d'orientation buccale. » et ce dès 15 semaines. (Segond, 2008, p. 91). Cette coordination est présente aussi à la naissance et persiste durant la première année. H. Segond parle alors de continuité transnatale. En effet, la bouche et les mains font partie des zones du corps avec la plus forte densité de récepteur tactile.

A la naissance et durant la première année, le bébé **s'appuie essentiellement sur le toucher** pour appréhender et découvrir les propriétés physiques et spatiales des objets, « en suppléant efficacement un système visuel encore insuffisamment développé » (Segond, 2008, p. 104). Les explorations tactiles du bébé sont dirigées vers son environnement mais aussi vers son propre corps.

Durant les premiers mois l'exploration orale est privilégiée : le bébé porte à la bouche les objets jusqu'à ses 9 mois environ. La préhension est d'abord imprécise puis, avec les capacités motrices, s'affine. Le bébé peut alors appréhender la forme, la texture et les différentes qualités des objets.

A l'âge adulte, nous nous servons **du toucher au quotidien** pour nous repérer dans notre environnement. Par exemple, lorsque nous cherchons nos clefs dans un sac, nous n'avons pas besoin de regarder dans le sac pour les reconnaître mais nous nous fions à notre toucher.

B. Van der Kolk rapporte l'histoire spectaculaire d'une patiente traumatisée. Elle était tellement déconnectée d'elle-même et de son corps que, lors de la première séance de massage, en fermant les yeux elle a immédiatement hurlé à la thérapeute « où êtes-vous ? », alors même que cette dernière qui avait établi le contact tactile au niveau des pieds n'avait pas bougé (van der Kolk, 2018, p. 129). A travers cette illustration, on comprend comment le toucher peut être affecté par le traumatisme.

1.2 Le « Moi-Peau » - Le toucher et la peau dans le soutien de la construction du psychisme

Il est important de noter que le nombre de récepteur tactile est fixé à la naissance. Ainsi, la surface corporelle du bébé étant réduite par rapport à celle de l'adulte qu'il deviendra, la densité des récepteurs tactiles est très importante. Le bébé est donc particulièrement sensible au toucher.

La peau est donc un organe sensoriel très important dans les échanges tactiles. Mais elle joue aussi un rôle de **protection de l'organisme**, elle constitue une barrière qui le **délimite** et **régule les échanges avec l'extérieur**.

C'est notamment sur ces **fonctions physiologiques** que Didier Anzieu s'est appuyé pour développer son concept de « moi-peau ». Il part du postulat exprimé par S. Freud : les fonctions psychologiques sont sous-tendues par des fonctions physiologiques. Éric Pireyre résume ainsi la théorie de D. Anzieu : « La peau physique a aussi valeur de peau psychique. » (Pireyre, 2015, p. 79). Dans le développement de l'enfant c'est son entourage qui, par les contacts tactiles et sa façon *d'entourer* le bébé, va permettre la mise en place de cette **enveloppe psychique**. De même que la peau physique a une fonction de contenance, la peau psychique contient alors les contenus psychiques. D. Anzieu conclut alors : « Le moi-peau fonde la possibilité même de la pensée. » (Pireyre, 2015, p. 80).

Au sujet du moi-peau, E. Pireyre relate une expérience qu'il propose à ses étudiants, où, la qualité du toucher, proposée par le partenaire, donne naissance à des émotions de bien-être et des impressions de contenance à la fois physique et psychique. Il relie ce mécanisme de transformation de la perception (contact tactile) en émotion aux mécanismes de

subjectivation. « Or, subjectivation signifie obligatoirement " existence possible d'un autre ". Le sujet ressent donc son vécu comme secondaire à la présence et à l'action de l'autre. **Cet autre joue donc un rôle primordial**. Il délimite le corps et il procure une émotion positive. Il intervient à « deux » niveaux simultanément, corporel et psychique. » (Pireyre, 2015, p. 81).

Ainsi le contact tactile joue à la fois un rôle de soutien dans la construction du psychisme, mais il est aussi un moyen de communication à tout âge.

1.3 Le toucher comme moyen de communication

Dans le développement de l'enfant le toucher est aussi un moyen essentiel de communication. En effet, le tonus a une dimension relationnelle et particulièrement chez l'enfant qui ne parle pas encore. Ce dernier communique alors avec son entourage par le biais du **dialogue tonico-émotionnel**. Le nourrisson dépend entièrement de son entourage pour sa survie, ainsi il l'informe de ses besoins et de ses états intérieurs par ses pleurs, ses états toniques, ses vocalises ou encore ses mimiques.

C'est une communication sympathique - différente d'une communication empathique -, « **comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre** » (Scialom, Giromini, & Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux, 2015, p. 178).

Outre la possibilité pour l'entourage de répondre aux besoins physiologiques du nourrisson, le dialogue tonico-émotionnel remplit aussi diverses fonctions. En effet, il est nécessaire aux liens d'attachement que l'enfant construit avec son entourage ; liens affectifs vitaux pour l'enfant. Le dialogue tonico-émotionnel permet aussi l'intégration des sensations et l'accès progressif à la symbolisation. Tous ces éléments concourent au bon développement, moteur et psychique de l'enfant.

A l'âge adulte nous utilisons encore le dialogue tonico-émotionnel, lors des contacts tactiles mais aussi à travers la communication non-verbale.

Chez les personnes traumatisées, comme nous l'avons vu, le tonus ne remplit plus toujours sa fonction et les difficultés qu'elles rencontrent dans la perception d'elles-mêmes entravent l'échange tonico-émotionnel.

2. En séance individuelle à l'EMPP

Les modalités du toucher dans le rapport au monde que nous venons de décrire sont encore efficaces à l'âge adulte. Dans la situation des personnes traumatisées qui ont perdu le lien avec leur sensation et dont le corps envoie des signaux d'alerte en permanence, le toucher peut avoir un important **effet apaisant**. Cependant, selon le contexte dans lequel il est posé, il peut aussi renvoyer à quelque chose d'effrayant en lien avec le traumatisme. C'est pourquoi il est important de créer un **cadre sécurisant** pour le patient.

2.1 Créer un cadre sécurisant en séance individuelle

Le cadre est un élément important en psychomotricité, c'est lui qui délimite **le temps, l'espace et les possibles** en séance. Avec les personnes traumatisées, l'enjeu est de créer un cadre suffisamment sécurisant pour qu'elles puissent s'en saisir.

Le cadre est composé à la fois des éléments matériels et immatériels qui délimitent la séance : lieux et matériel à disposition par exemple, mais aussi la pensée théorico-clinique du psychomotricien.

A l'EMPP, les patients ne rencontrent pas la psychomotricienne en première intention. Ils rencontrent d'abord les infirmiers puis, le psychiatre, avant que l'équipe ne décide collectivement s'il y aura d'autres suivis avec un des psychologues, le médecin spécialisé dans la douleur ou la psychomotricienne.

Nous sommes parfois nombreux lors des rencontres en psychomotricité : le patient et la psychomotricienne bien-sûr mais aussi l'interprète et la stagiaire. Parfois, les patientes viennent avec leurs jeunes enfants. Lors de la première rencontre, il est alors particulièrement important de **sécuriser le patient** : la psychomotricienne s'adapte à ses besoins. Elle module le ton de sa voix, sa posture, la dynamique de ses mouvements. Elle peut se tenir plus ou moins proche du patient selon ce qui semble le rassurer. En effet, si le cadre a des limites fixées elles doivent être souples pour s'adapter au patient.

La psychomotricienne questionne ensuite la demande des patients, ce qu'on leur a dit de la psychomotricité, s'ils semblent être intéressés par cette proposition. Si la personne semble sécurisée elle peut alors proposer des séances d'haptonomie.

2.2 Toucher avec un médiateur ou peau à peau ? – Haptonomie

En psychomotricité, le toucher peut prendre différentes formes : avec un objet médiateur comme une balle, ou peau à peau. Cela permet de s'ajuster au patient selon ses besoins, selon ce qui est possible pour lui.

Je vais ici m'appuyer sur une situation vécue avec un enfant lors de mon stage en cabinet libéral.

Flavien réclame un massage. Il sort la table de massage, décide de la coller contre le mur et s'énerve beaucoup lorsque nous n'agissons pas dans son sens. Une fois que nous nous sommes mis d'accord, il s'allonge sur la table, ... puis se relève et commence à enlever son T-shirt. L'excitation et l'agitation sont grandes. Un toucher peau à peau ne serait pas adapté à ce moment-là. Nous proposons donc un massage à l'aide de médiateurs : des balles de différentes textures. Parmi celles que nous lui proposons, Flavien choisit des balles peu gonflées dont le contact est plus contenant. Ma maître de stage et moi-même commençons à faire rouler les balles sur la peau de son dos. Apaisé par ce contact, Flavien se calme et cesse peu à peu de bouger. Nous l'aidons à se centrer sur ses sensations en lui demandant régulièrement où sont les balles : « sur les genoux ».

Lors de l'atelier mouvement au CAU (Centre d'accueil d'urgence), sur lequel je reviendrai tout à l'heure, nous utilisons aussi **le toucher avec un médiateur**. Nous proposons par exemple un automassage de la voûte plantaire et de l'ensemble du corps avec une balle de tennis. Ce type d'activité permet aux personnes de retrouver le contact avec leurs sensations, de sentir une unité corporelle après le passage de la balle sur l'ensemble du corps ou l'ancrage dans le sol après le massage de la voûte plantaire.

Lors des séances individuelles à l'EMPP, le **contact tactile peau à peau** est proposé aux patients lors de séances d'haptonomie.

L'haptonomie est connue auprès des femmes enceintes mais c'est une approche plus large qui s'adresse de fait à tout le monde. Son fondateur, Frans Veldman la définit comme la « science de l'affectivité » (annexe 2).

Dans le contexte du soin en psychomotricité, il s'agit d'entrer en contact par le toucher. Ce toucher peau à peau est **un contact dont la qualité est sécurisante** pour le patient. Le patient est acteur dans cette rencontre et ses capacités relationnelles sont entièrement reconnues.

M. K. commence un suivi avec la psychomotricienne, qui lui propose une séance d'haptonomie. Lorsqu'il s'allonge sur le lit médicalisé, il est complètement tendu. Il s'allonge sur le ventre, complètement droit, les bras plaqués le long du corps, le menton posé sur le coussin avec le cou en extension. La position qu'il choisit pourrait sembler très inconfortable, surtout en raison des douleurs qu'il décrit à la base du cou. La psychomotricienne lui propose d'adapter sa posture et de trouver quelque chose de plus confortable. Malgré tout M. K. reste tendu. Au fil de la séance M. K. se détend et cela se voit dans sa posture et s'entend dans sa voix. Il est vraiment très étonné de pouvoir dire qu'il « se sent bien ». Il sourit franchement et dit avoir moins mal au cou qu'en arrivant.

La psychomotricienne laisse aussi une place importante à la **verbalisation** des ressentis et des sensations. Ce qui permet au patient de **donner du sens et d'intégrer** ce qui est en train de se vivre ou a été vécu au cours de la séance.

3. Quels effets avec les personnes migrantes traumatisées ?

Nous l'avons dit, la résilience est la possibilité de **reprendre un nouveau développement** après un traumatisme. Le toucher est d'une grande importance dans le développement, tout au long de la vie, il influence le rapport au monde, aux autres et à soi-même. Ce que décrit E. Pireyre à propos du moi-peau montre toute l'importance de l'autre dans la rencontre tactile et la place de la subjectivité.

Dans la rencontre en haptonomie, le contact invite subtilement au mouvement ou à l'adaptation tonique.

Mme N. ne parle pas français et lorsque je la rencontre il n'y a pas d'interprète dans sa langue. La psychomotricienne et elle communiquent donc en s'aidant de quelques mots et de signes autour des douleurs de madame. A la fin de la séance d'haptonomie Mme N. indique qu'elle a moins mal. Néanmoins la psychomotricienne note qu'elle « répond aux invitations mais qu'il ne s'agit pas de sa subjectivité ». En effet, on peut envisager qu'avec le traumatisme qu'elle a vécu cette personne est particulièrement déconnectée d'elle-même. Mais cela ne se perçoit pas seulement à travers son odeur.

Dans le cas de Mme N. son organisme répond à ces invitations, mais il ne semble pas que ce soit elle qui décide consciemment d'accepter l'invitation.

Il s'agit là de l'enjeu du travail en psychomotricité à l'EMPP : créer un **cadre sécurisant** qui permette d'éprouver **ses capacités dans la relation** et un **sentiment de soi, en relation avec un autre**. Tout ceci étant un préalable à la mobilisation de ressources personnelles profondes pour continuer d'avancer dans un processus de résilience.

Je rencontre de nouveau Mme N. quelques mois plus tard. Nous avons désormais trouvé un interprète ce qui permet d'échanger davantage. Ce jour-là elle porte une bague alors que ce n'est pas son habitude de porter des bijoux. Peut-être que cela est un indice d'une remise en mouvement des représentations qu'elle a d'elle-même ?

II- L'atelier du mouvement... vers une remise en mouvement du psychisme ?

« La psyché d'un sujet est donc le résultat d'un processus complexe qui ne peut pas exclure la motricité comme partenaire de sa construction. »

Suzanne Robert-Ouvray, *Le corps étai de la psyché*

En plus de la médiation du toucher, la médiation du mouvement me semble être intéressante pour les personnes ayant un PTSD. Je vais commencer par présenter le déroulement et le contexte de cet atelier peu classique.

1. Présentation de l'atelier

1.1 Contexte

Comme précisé en introduction, avec ma maître de stage, nous nous rendons au CAU où nous animons ensemble un atelier d'éveil corporel, « **l'atelier du mouvement** ».

Cette structure est un lieu d'hébergement pour des personnes en situation de grande précarité. Elles y bénéficient d'un accompagnement social et peuvent bénéficier d'un suivi médical. Certaines personnes y restent quelques nuits tandis que d'autres restent sur des périodes beaucoup plus longues : plusieurs mois, voire années.

L'atelier est ouvert à toutes les personnes hébergées sur ce lieu par le 115, ainsi qu'aux professionnels. La seule condition est de participer à l'atelier ; personne ne peut rester spectateur. Nous proposons donc un temps de mise en mouvement aux personnes qui souhaitent participer.

Les personnes qui viennent à l'atelier, quelle que soit leur histoire, présentent pour la plupart de grandes fragilités psychiques. Les vécus de la rue peuvent être eux-mêmes sources

de traumatisme, mais nous rencontrons aussi des personnes avec des tableaux de schizophrénie ou de psychose.

Ce **cadre** de vie, où les personnes ne sont pas « chez elles » et où elles côtoient d'autres personnes qu'elles n'ont pas choisies, peut être insécurisant. Dans le contexte où nous les rencontrons, le cadre est donc important à tenir. Les éléments matériels ne sont pas du tout suffisants, notre posture est donc la **base du cadre sécurisant** de cet atelier.

Concrètement, nous commençons par échanger avec les agents d'accueil pour déterminer à qui nous pensons proposer l'atelier. Certaines personnes peuvent venir spontanément car elles en ont entendu parler ou bien parce qu'elles sont présentes dans le lieu de vie principal. Il y a parfois des demandes de la part de l'EMPP de proposer l'atelier à certains patients.

Les agents d'accueil partent ensuite prévenir les personnes de notre présence et leur proposent l'atelier. Pendant ce temps, nous installons dans une pièce à part, des tapis sur le sol, des fauteuils en cercle et un fond musical.

Durant cet atelier, nous nous présentons par nos prénoms, c'est pourquoi dans les vignettes cliniques les personnes seront aussi identifiées par un prénom.

A la fin de l'atelier nous invitons les participants à se retrouver dans le lieu de vie principal pour partager un café avec toutes les personnes présentes.

Le **lien** est un élément essentiel dans cet atelier, lien entre participants, liens avec l'institution... C'est un choix de la psychomotricienne et des deux équipes conjointes (EMPP et CAU) que de laisser les agents d'accueils faire le lien.

1.2 Déroulé

Lorsque les personnes arrivent pour l'atelier nous prenons un temps pour les **accueillir** ; nous nous présentons si nous ne nous connaissons pas et demandons à la personne comment elle se sent. Si une personne vient pour la première fois à l'atelier, ce qui est souvent le cas, nous sollicitons les habitués pour présenter l'atelier.

Par exemple, Laora, Nathalie et Jean vont faire leur présentation de l'atelier à Samir. Ce qui nous donne une idée de ce que chacun vit personnellement dans cet atelier.

Laora : « L'atelier c'est pour réveiller le corps. »

Nathalie : « C'est pour évacuer ses problèmes et penser à autre chose »

Jean : « Le groupe c'est pour débloquer ce qui est coincé ».

Suite à cette présentation nous proposons un temps **de réveil corporel** : automassage avec des balles ou avec des petites percussions sur l'ensemble du corps, puis une mise en mouvement progressive de l'ensemble des articulations.

Nous proposons ensuite un **mouvement plus global**, que nous élargissons à **l'espace de la pièce** avant de retrouver **un temps de calme**.

Ce déroulé permet une **implication corporelle progressive**. De plus, la disposition en cercle et le fait que tout le monde participe permet d'instaurer une dynamique relationnelle qui met en confiance. Petit à petit, d'un mouvement pour soi les propositions se transforment en mouvement **avec le groupe**.

Chacun est invité à écouter son corps et faire ce qu'il peut. Régulièrement nous proposons des temps d'attention sur les sensations et de verbalisation des ressentis.

Justine vient pour la première fois à l'atelier. Elle montre des difficultés dans son rapport à son propre corps (représentation et mise en mouvement) ... Après l'automassage de la voûte plantaire avec une balle elle peut dire « je sens mes pieds plus ancrés ».

1.3 Objectifs de l'atelier

L'objectif premier de l'atelier du mouvement est de **créer du lien** et de proposer un **espace d'expression** qui ne passe pas par le langage verbal. En effet, les personnes accueillies peuvent rencontrer des difficultés à s'inscrire dans le soin via la proposition d'entretiens individuels avec les infirmiers de l'EMPP, qui viennent aussi faire des permanences sur cette structure. Néanmoins, cet atelier a une action plus vaste.

Tout d'abord le mouvement, en réactivant les sensations corporelles permet la **réactualisation de la perception et de la représentation de soi**. Pour soutenir cela, nous invitons régulièrement les participants à prêter attention à leur vécu de l'instant et à le verbaliser. En effet, nous avons vu que les personnes traumatisées sont coupées d'elles-mêmes et de leur sensation. C'est pourquoi la réactualisation de la perception de soi est primordiale. Quand elle passe par le mouvement elle est d'abord inconsciente, c'est la répétition et l'attention volontairement portées sur les sensations corporelles qui vont permettre que les sensations deviennent perception puis représentation.

Le développement de la conscience corporelle soutient le sentiment d'être un sujet animé et vivant, connecté à soi et aux autres.

L'attention portée sur ses sensations et sur leurs fluctuations permet de faire petit à petit **le lien entre les émotions et les sensations corporelles**. Cela permet aussi d'apprendre à s'apaiser en modifiant légèrement ses états intérieurs, en respirant profondément par exemple. Le patient peut apprendre à connaître toutes ces sensations et émotions qui l'informent sur lui-même et qu'il avait tenté de fuir jusque-là.

En début d'atelier, nous demandons à chacun de faire un petit état de sa météo intérieure. Laora dit qu'elle est triste, elle qui, habituellement, évoque peu ses émotions et diversifie peu le vocabulaire de ses sensations. A la fin de l'atelier, nous faisons de nouveau un bilan pour savoir comment chacun se sent. Laora dit qu'elle va un peu mieux, évoque le soleil et porte sa main en haut de son thorax faisant ainsi le lien entre ses émotions et ses sensations corporelles.

De plus, un des buts de l'atelier est d'amener chacun à **(re)prendre conscience de ses potentialités**. Le déroulé de l'atelier nous amène progressivement à faire groupe et à être à l'écoute de l'autre. En permettant aux participants d'utiliser le mouvement au service de la relation et de l'expression, le groupe étaye la conscience de leurs capacités relationnelles propres. Le mouvement dansé est alors la médiation qui soutient la **rencontre de l'autre**.

L'atelier est un espace où se vit une **expérience commune** avec d'autres résidents ou professionnels. L'expérience commune est un socle à partir duquel peuvent se tisser d'autres liens ; lien à soi et liens sociaux. Car « Tel un terreau, le lien constitue le cadre premier à

l'existence » (Jacques, 2008, p. 185). Cet atelier de psychomotricité, par l'expérimentation sensorimotrice favorise donc la réactualisation du sentiment de soi et soutient la relation, à soi, aux autres et au monde.

2. Mise en mouvement du corps pour une mise en mouvement du psychisme... vers la résilience ?

De même que le toucher, la motricité participe au développement psychomoteur de l'enfant. S. Robert-Ouvray explique que « Les liens psychomoteurs sont des liens d'étayage. Cela signifie que, sans être réduits l'un à l'autre, les niveaux d'organisation motrice et psychique sont liés par des processus dont le principe dynamique de base est le même » (Robert-Ouvray, 1999, p. 47).

La sensori-motricité d'abord réflexe puis volontaire du bébé va lui permettre d'expérimenter son propre corps et le monde. L'inscription spatio-temporelle du mouvement, les différences, les dissociations, les similitudes... sont autant de supports qui permettent à l'enfant de se construire.

Avec les personnes que nous rencontrons, les enjeux ne sont plus tout à fait les mêmes mais ils s'appuient sur la dynamique des liens psychomoteurs décrits par S. Robert-Ouvray.

2.1 Apports du mouvement dans le lien à soi chez les personnes traumatisées

Lorsque le psychotraumatisme a conduit la personne à se couper d'elle-même, le simple fait de répondre à ses besoins physiologiques ou de savoir qu'elle ressent une émotion est entravé. « Si on n'éprouve pas la faim, on ne peut pas se nourrir. Si on confond l'anxiété avec l'appétit, on risque de se gaver. Voilà pourquoi cultiver la conscience sensorielle est essentiel pour surmonter le traumatisme. » (van der Kolk, 2018, p. 368).

La création d'un **sentiment de sécurité** dans son propre corps passe par l'apprivoisement de ses sensations.

Au CAU, avec des personnes ayant vécu à la rue, tout ce qui relève du corporel peut être mis à distance, afin de se protéger. Ainsi les sensations accompagnant le mouvement, et entraînées par lui, ne sont plus accessibles à l'individu. Il est donc important de pouvoir expérimenter des sensations nouvelles et de vivre un temps d'attention porté à celles-ci.

Nous percevons les sensations grâce aux **variations** de celles-ci : variations par rapport à un état antérieur ou variations selon les endroits du corps.

Après le massage de la voûte plantaire d'un premier pied nous nous levons et invitons les participants de l'atelier à ressentir ce qu'il y a de différent. Nathalie exprime une différence entre les deux jambes : « j'ai l'impression d'avoir une jambe plus courte que l'autre ». Tandis que Laora se réfère à un état antérieur : « C'est plus réveillé ».

La répétition de cette attention portée permet aux participants de se reconnecter progressivement à leurs vécus corporels, et petit à petit de les percevoir plus finement.

L'expression de soi par le mouvement permet aussi **d'évacuer les tensions, d'exprimer ce que l'on ne peut pas dire avec des mots**. Les patients reçus peuvent ainsi prendre plaisir dans le mouvement et se sentir allégé en fin de séance.

A la fin de la séance Nathalie nous dit « je sens un grand vide, c'est une liberté, tout le mauvais est parti. ».

Lors du retour au calme à la fin de l'atelier, nous proposons aux participants de respirer profondément et de porter leur attention sur leurs sensations corporelles de nouveau. L'attention portée sur **la respiration** est un outil simple dont l'action est intéressante à plusieurs niveaux. Inspirer profondément permet **d'abaisser le tonus et de relâcher les tensions**. Cela permet aussi de porter une attention à ses **sensations physiques dans le présent** : « Si on a conscience de sa respiration, on est dans le présent, car on ne peut pas respirer dans le futur ou dans le passé. » (van der Kolk, 2018, p. 371). La technique de cohérence cardiaque, que B. van der Kolk cite à plusieurs reprises, consiste à moduler son rythme respiratoire à une fréquence voisine de six cycles respiratoires par minute. Ce type de

respiration déclenche une amplification et une régularisation de la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) et entraîne des effets régénérateurs sur la physiologie avec notamment une diminution des symptômes de stress du PTSD.

« Une fois en sécurité dans son corps, on peut commencer à traduire en mots les souvenirs qui nous perturbaient jusque-là. » (van der Kolk, 2018, p. 371). La confrontation avec le souvenir traumatique est permise par **l'apaisement émotionnel et la construction d'une base de sécurité**.

Ainsi ces capacités d'auto-régulation émotionnelle que nous avons en nous, mobilisables par le mouvement, sont des **ressources internes facilitatrices d'un processus de résilience**.

2.2 Le lien aux autres à travers le mouvement et le groupe

« On ne connaît pas de société sans danse et ce seul fait suffit en soi à en souligner l'importance. »

Benoit Lesage, *La danse dans le processus thérapeutique*

La réappropriation et la réactualisation de la **perception de soi** sont essentielles pour aller à la **rencontre de l'autre**. En effet, c'est de la différence entre soi et non-soi que naît la relation. On peut aussi penser aux capacités d'accordage lors de la communication non-verbale. En rétablissant le lien avec ses sensations et émotions la personne devient davantage capable de décoder les émotions des autres.

L'atelier du mouvement permet d'expérimenter différents enjeux de la relation à l'autre. Tout d'abord parce qu'il est l'occasion d'être avec les autres et de vivre une **expérience partagée**, que ce soit à travers le mouvement dansé, les rythmes ou les temps de verbalisation.

A travers les différentes propositions, les relations peuvent être duelles ou groupales. Dans l'imitation par exemple, celui qui imite est celui qui *regarde*, tandis que celui qui est imité *est*

regardé. L'imitateur affine ses capacités de lecture du mouvement, de lecture corporelle. Celui qui est imité reçoit comme en miroir ce qu'il a produit.

Le sujet est aussi amené à se détacher du groupe à travers la création et l'improvisation de mouvement. Porté par le groupe, le patient peut affirmer son individualité.

Ainsi au fil de l'atelier, chacun est amené à proposer un rythme ou un mouvement au groupe, ou simplement le créer pour soi. La **créativité** est une qualité qui soutient la résilience. En effet, elle permet la transformation du vécu traumatique en quelque chose de partageable à tous (Cyrulnik, 2004).

La musique prend une place importante car elle crée une **enveloppe sonore** lors des temps plus calmes et **soutient la créativité** par sa rythmique lors de moments plus actifs. Nous pouvons aussi proposer un temps de percussions corporelles pendant lequel nous créons et répétons des séquences rythmiques. Dans ces moments chacun s'accorde aux autres pour **créer un ensemble**.

« De nombreux traumatisés se trouvent chroniquement déphasés avec les personnes qui les entourent. [Or] pouvoir se sentir en sécurité avec les autres est sans doute l'aspect primordial de la santé mentale. » nous rappelle B. van der Kolk (van der Kolk, 2018, p. 116). En d'autres termes, les personnes traumatisées ont du mal à être synchrone, à décoder les émotions et les rythmes des autres pour s'accorder avec eux. Les propositions de rythme décrites précédemment permettent de vivre une **expérience de synchronie**.

Toutes ces expériences, en lien avec l'autre, favorisent le **sentiment de compétence dans la relation**, la prise de conscience de **son rôle actif dans le lien à l'autre**. L'aspect relationnel est essentiel dans la résilience et cet atelier offre un **cadre stable et sécurisant** facilitant la relation.

« Une fois que l'on a su transformer ce que l'on avait à l'intérieur en mouvement, on va essayer de transformer ce mouvement du corps en la parole. »

Bolewa Sabourin, interview Le Monde

III- Cas cliniques

Afin d'illustrer mon propos je vais présenter ici les parcours de mesdames A. et C. reçues à l'EMPP. Dans le cadre des séances individuelles je suis observatrice active, c'est la psychomotricienne qui mène les séances. Observatrice active signifie que je suis attentive à garder une certaine qualité de présence et que je peux répondre au patient s'il s'adresse à moi.

1. Mme A.

1.1 Présentation

Mme A est originaire d'Afrique. Elle est suivie par le psychiatre de l'EMPP et une infirmière. Elle a un diagnostic de PTSD et évoque des idées suicidaires lors d'un rendez-vous avec le psychiatre.

Les violences qu'elle a subies ou dont elle a été témoin sont multiples et étalées dans le temps.

1.2 Séances de psychomotricité

Mme A. vient parfois en consultation en dehors du jour où je suis en stage, ainsi je ne suis pas présente lors de toutes les séances.

Première rencontre

Je rencontre Mme A. en janvier. C'est la première fois qu'elle vient en psychomotricité, après avoir rencontré le psychiatre et les infirmiers de l'EMPP. Elle parle très bas d'une voix à peine audible, elle a une expression lasse et triste.

Mme A. dit qu'elle se sent fatiguée et qu'elle dort mal car elle fait des cauchemars « de gens tués poignardés ou avec des machettes ». Elle exprime sa solitude et le poids de sa souffrance « c'est comme si t'avais un fardeau, une croix ». Elle nous explique néanmoins qu'elle rencontre des personnes dans le cadre religieux et qu'avec elles « on parle comme ça, pas de ma vie. » Elle se dit en saturation de parler de son histoire, « c'est difficile », des larmes coulent.

Dans cette présentation, je perçois déjà la perte de connexion avec son propre corps par l'hypotonie importante. Le fait d'imaginer raconter son histoire la met en difficulté.

La psychomotricienne demande ensuite à Mme A. si elle sait ce qu'elle propose dans ses séances. Mme A. répond « Le docteur a dit que vous proposiez des exercices qui permettent de se libérer ». Il me semble important de noter ici ce qu'elle dit. En effet, cela nous informe sur ce qu'elle attend de ces rencontres en psychomotricité : qu'on la libère. Ce terme « libérer » entre aussi en résonance avec le « fardeau » qu'elle évoque précédemment. Elle ne se positionne pas comme étant actrice de son histoire, mais attend des soignants qu'ils règlent ses problèmes.

Ma maître de stage prend le temps de lui présenter les possibilités de relaxation ou d'haptonomie. Pour présenter l'haptonomie elle parle de massage. Immédiatement, Mme A. dit qu'elle « ne sait pas » car le massage lui fait des « chatouilles » avec un air de répulsion. Après un temps de discussion, la psychomotricienne finit par lui proposer une séance d'haptonomie. Pendant la séance Mme A. peut dire : « c'est détendant », puis vers la fin de la séance elle s'endort. Nous lui laissons le temps de se réveiller seule. A ce moment Mme A. demande si « c'est fini » et *l'autorisation* pour se relever. Elle dit se sentir mieux et remercie la psychomotricienne.

Dans l'attitude de Mme A. je remarque que l'idée du toucher semble la dégouter. Néanmoins, le contact tactile sécurisant et affectif établi par la psychomotricienne lui permet de se détendre, au point de s'endormir pendant la séance. Sa demande à la fin de la séance témoigne de la façon dont le psychotraumatisme entrave ses relations.

Les séances suivantes

Lors des séances suivantes, Mme A. a la même présentation que la première fois.

J'observe une continuité avec la séance de la rencontre, Mme A. nous donne à voir sa détresse et la façon dont le traumatisme perturbe sa relation à elle-même et aux autres.

Lorsque nous évoquons la séance d'haptonomie sa voix se fait un peu plus audible. Elle nous dit que pendant la séance elle se sent bien, mais qu'après l'effet s'estompe et qu'elle se sent de nouveau mal. Elle semble avoir perdu l'espoir de trouver un jour une solution à ses problèmes.

Pendant un temps d'haptonomie, Mme A. verbalise des sensations du côté de la détente et de la sensation de poids dans son corps. Elle dit aussi : « ça donne sommeil ». Malgré tout, le sommeil dans lequel elle plonge en fin de séance garde un fond de vigilance, un « sommeil alerte ». Ce paradoxe s'explique plus tard lorsque la psychomotricienne discute avec elle de la possibilité de refaire la même chose seule le soir lorsqu'elle cherche à s'endormir. « Ça ne marchera pas » nous explique Mme A. « ici je ne pense pas car je me *concentre* sur ce que vous faites ».

Le fait qu'elle dise se concentrer sur ce que propose la psychomotricienne témoigne de l'impossibilité pour Mme A. de se laisser aller à la détente. Sa posture hypotonique n'est pas un faible tonus de détente, mais un manque de tonus lié à un sentiment d'impuissance et de désespoir.

A la fin de la séance, d'une voix plus forte et chargée d'émotion Mme A. demande : « est-ce qu'il y aura toujours les cauchemars ? » Elle parle aussi des reviviscences et nous voyons bien que cela lui pèse quotidiennement. La psychomotricienne prend le temps de discuter avec elle pour se mettre d'accord sur le fait que ces images pourront devenir de vrais souvenirs qui n'envahissent pas le présent, mais qu'on ne peut pas les effacer.

A travers cette demande, la souffrance de Mme A. est tangible. On perçoit aussi l'attente évoquée plus haut vis-à-vis des soignants. En effet, les personnes traumatisées subissent les reviviscences et les cauchemars et ne sont pas en mesure de les éviter. Elles peuvent perdre leur sentiment de contrôle et ne plus se sentir actrice de leur propre vie. L'enjeu du soin pour

Mme A. est donc de reprendre confiance dans ses capacités d'actions sur le monde et sur elle-même.

Petit à petit, le vocabulaire pour décrire ce qui se passe pendant la séance est plus étoffé : « c'est plus souple », « dégagé, détendu, libéré ». Ce qui témoigne d'un peu plus de précision dans les ressentis. Lors d'une séance, ma maître de stage propose un temps pour représenter sur le papier, à l'aide de pastels gras, le vécu corporel avant et après la séance. Un dessin en vert représente l'avant « c'est quelqu'un triste qui ne voit pas. ». Pour dessiner son vécu d'après la séance, Mme A. choisit « du rose parce que c'est vivant » et représente « quelqu'un qui regarde la lune et les étoiles et qui sourit. ». Dans les verbalisations de Mme A. nous pouvons sentir un élan plus positif que lors des premières séances.

Durant cette séance il me semble que la crainte que cette nouvelle proposition ne marche pas est un peu mise à distance. Mme A. semble se porter un peu mieux.

Pour la quatrième séance de psychomotricité, Mme A. nous livre son récit à la suite d'une discussion sur son audience à l'OFPRA. Comme je l'ai déjà exprimé plus haut, à cette occasion nous assistons à une transformation dans sa posture et surtout dans sa voix qui devient plus affirmée. L'entretien dure une heure et Mme A. n'a pas complètement terminé son histoire.

Il est difficile de suivre ses explications tant sa situation est complexe et son discours confus. Nous accueillons le récit de Mme A.

Je me suis questionnée sur la place de son récit ici. En effet, s'il est important d'avoir un minimum d'informations sur le patient pour l'aider au mieux, est-il utile de connaître les détails de son vécu douloureux ? Je choisis de ne pas raconter l'histoire de Mme A. ici, car cela n'est pas nécessaire pour comprendre la suite de son parcours. En revanche, j'aborderai l'effet que m'a produit cette séance dans la partie discussion de ce mémoire.

Après l'OFPRA, les séances reprennent

Après nous avoir livré son récit, Mme A. se rend à l'OFPRA pour faire sa demande d'asile. Elle revient en séance de psychomotricité sans avoir reçu de réponse. Néanmoins, durant les séances suivantes nous pouvons observer de petits changements chez Mme A.

A la fin d'une séance d'haptonomie, Mme A. dit à la psychomotricienne : « j'aimerais que ce soit plus long ». Ce qui signifie que cela lui apporte du réconfort et du soutien. Mais pour l'instant Mme A. n'est pas en mesure de prendre appui sur ces propositions en dehors des séances de psychomotricité. La formulation de ce souhait montre que Mme A. est à présent en capacité de demander de l'aide.

Mme A. évoque des changements dans ses cauchemars qui semblent être moins violents. Les reviviscences sont aussi moins présentes. Elle se sent de nouveau très fatiguée et nous dit faire des siestes l'après-midi.

Lors d'une autre séance d'haptonomie, Mme A. s'installe plus spontanément qu'à son habitude et dit se sentir détendue dès le début. Elle va, pour la première fois, « laisser la place » à la psychomotricienne. C'est-à-dire que lorsque la psychomotricienne contacte les bras et les mains de Mme A. avec ses mains, Mme A. va écarter sa tête pour que la psychomotricienne puisse aller au bout de son geste. De plus, elle va aussi se tourner vers la psychomotricienne lorsque celle-ci change de côté du corps.

Ces éléments montrent que Mme A. commence à être davantage présente à ses sensations et, surtout, à la relation.

Comme nous discutons de ce qu'elle fait au quotidien, Mme A. nous parle d'une émission télévisée qu'elle regarde. Dans cette émission des personnes viennent « parler de leur problème, soit parce qu'ils ont besoin d'une solution, soit parce qu'ils s'en sont sortis. » D'après Mme A. cela permet de se rendre compte que « d'autres ont des problèmes plus graves que toi et ils s'en sortent ». Nous lui demandons si cela lui redonne espoir, Mme A. répond que oui. Elle nous parle de nouveau des personnes qu'elle côtoie dans le cadre religieux, et des activités proposées par ces mêmes personnes. Ma maître de stage lui propose aussi de rencontrer les membres d'une association dont le projet est d'aider les femmes en situation de migration en

proposant des cours de français, des activités et un accompagnement dans différents domaines. Mme A. accepte car cela l'aide « à ne pas penser à autre chose ».

Durant cet entretien sa voix me semble un peu plus affirmée que lors de nos premières rencontres et ce qu'elle verbalise est encourageant.

Puis la psychomotricienne lui propose une séance d'haptonomie. Mme A. dit que « c'est plus souple » du côté qui a été « massé », tandis que l'autre est « plus lourd ». A la fin de la séance elle se tourne vers la psychomotricienne et lui adresse un sourire authentique.

Ces séances mettent en lumière différents points positifs qui témoignent d'un léger mieux être de Mme A. ; il semble qu'elle reprenne espoir. Le lien à l'autre se tisse de nouveau et elle semble y être un peu plus présente.

Période de confinement

Nous ne nous revoyons pas avant la période de confinement pendant laquelle la psychomotricienne est en télétravail.

Les patients que nous rencontrons à l'EMPP sont dans un isolement total durant cette période. Les appels des soignants de l'EMPP sont leur seul lien social. J'imagine que cette période est particulièrement difficile pour quelqu'un comme Mme A. qui a vécu du rejet et qui a besoin de « penser à autre chose ».

La psychomotricienne l'appelle régulièrement. Elle lui propose des séances de relaxation. Le fait qu'il y ait eu des séances d'haptonomie a permis à Mme A. de vivre quelque chose de la confiance et de la sécurité dans le contact qui rend possible la séance de relaxation.

Ces séances téléphoniques permettent de maintenir un lien relationnel à l'autre et aussi à soi à travers le vécu corporel.

A la fin d'une séance Mme A. dit à la psychomotricienne : « Ça me fait vraiment plaisir c'est la force de votre voix qui me porte ». Elle lui explique ensuite qu'elle le refait seule mais que ce n'est pas pareil c'est plus « mécanique », « Ça fait comme une mélodie qu'on s'occupe de moi. » Après la séance téléphonique cela fait comme « un vide » des pensées et des

reviviscences et cela fait du bien. « Quand vous m'appellez c'est vraiment comme si je parlais à quelqu'un de proche. »

Plus tard l'angoisse reprend sa place mais ces séances offrent quelques moments de répit à Mme A.

1.3 Réflexion sur l'évolution de Mme A. dans le suivi en psychomotricité

Les premières séances de psychomotricité avec Mme A. nous ont donné une idée de la manière dont le **psychotrauma** avait **affecté son lien aux autres, au monde et à elle-même**.

Les propositions d'haptonomie sont l'occasion de moments d'apaisement, mais qui ne durent pas au-delà du temps de la rencontre, dans un premier temps. Au fil des séances, nous percevons que l'espoir d'un mieux-être renaît petit à petit pour Mme A.

Le travail en psychomotricité, l'expérience de nouveaux vécus corporels en relation soutiennent Mme A. Ses verbalisations et ses légers ajustements sont des indices qui signifient que petit à petit elle est plus présente à la relation et à elle-même. L'enjeu est qu'elle prenne conscience du rôle qu'elle a à jouer dans la relation et qu'elle ne soit plus dans une attitude d'attente vis-à-vis de l'extérieur.

L'alliance thérapeutique créée avec la psychomotricienne et les vécus sécurisants des séances d'haptonomie permettent de maintenir une bonne qualité de contact pendant la période de confinement. Ce qui permet à Mme A. d'apaiser un peu sa souffrance et de se sentir soutenue par quelqu'un.

En effet, être en lien avec ses vécus corporels et se sentir soutenu à travers la relation sont des éléments essentiels dans le processus de résilience.

De plus, on peut dire que le contact tactile permet de faire évoluer les représentations que Mme A. a d'elle-même : son schéma corporel et son image du corps. Ainsi le corps qui sert de support au sentiment de soi et à la relation est mieux perçu et représenté. Il n'est plus uniquement lié au vécu de l'expérience traumatique, mais est aussi le médiateur de la rencontre dans la relation sécurisante créée en psychomotricité.

Durant les dernières séances avant le confinement, Mme A. a montré des indices d'une légère amélioration dans son ajustement tonique et à ses vécus corporels. Cette période de confinement aurait pu induire une rupture. Néanmoins, pour Mme A. ce n'est pas le cas car elle peut s'appuyer sur ce qui a été vécu avant, ce qui crée un effet de continuité.

2. Mme C.

2.1 Présentation

Mme C. a environ 25 ans, elle a vécu en Afrique de l'ouest. Elle est arrivée en France avec son jeune fils il y a un peu plus d'un an. Le psychiatre a posé un diagnostic de PTSD.

2.2 Séances de psychomotricité

Rencontre

Lorsque nous rencontrons Mme C. pour la première fois, elle vient avec son fils de deux ans. Elle semble lasse et triste et a une posture plutôt hypotonique. Elle parle d'une voix basse mais reste audible.

Lorsque nous la questionnons sur la raison de sa présence ici, Mme C. nous raconte d'emblée toute son histoire.

L'histoire de Mme C. donne du sens à son parcours de soin et son parcours juridique, je vais donc en faire un résumé.

Mme C. est originaire d'Afrique de l'ouest. Durant son enfance sa voisine est excisée sans anesthésie ni désinfection du couteau et meurt de l'hémorragie provoquée. La mère de Mme C. décide de la protéger de l'excision en partant rejoindre sa famille dans un pays voisin. Mme C. y passe une partie de son enfance puis doit rentrer dans son pays d'origine où toute sa famille pense qu'elle a été excisée.

Mme C. se marie et va vivre dans sa belle-famille. Suite à la naissance de son fils des soins rituels lui sont prodigués. La personne qui fait ce soin s'aperçoit qu'elle n'est pas excisée et le communique à la belle-famille. Mme C. subit alors la pression de plus en plus forte de sa belle-famille qui considère qu'elle n'est « pas une vraie femme » et qui souhaite qu'elle se fasse exciser. Mme C. refuse, pour elle, mais aussi pour son fils car s'il lui arrive quelque chose elle ne pourra plus s'occuper de lui.

La pression se manifeste sous la forme de violence physique et morale. Un jour Mme C. est battue par une de ses belles-sœurs, elle et son fils sont menacés de mort. La situation devenant insoutenable Mme C. demande conseil à une amie qui lui prête de l'argent pour qu'elle puisse venir en avion en France. Son mari comprend mais ne peut la soutenir et doit rester auprès de sa famille.

Durant ce récit Mme C. pleure un peu. Son fils Issa, lui, dort dans sa poussette.

Après avoir accueilli le récit de Mme C., nous prenons le temps de demander si elle a des douleurs et si elle dort bien. Mme C. évoque des douleurs au dos et à la tête. Elle nous explique qu'elle fait des cauchemars où elle est poursuivie.

La psychomotricienne propose une séance d'haptonomie que Mme C. accepte. A ce moment-là Issa se réveille et je prends alors le temps de jouer avec lui.

Lorsqu'un parent est traumatisé il est important d'avoir un regard sur la qualité du lien d'attachement qui existe entre lui et son enfant. En effet, s'il ne se sent pas lui-même en sécurité on comprend qu'il peut être compliqué pour lui d'assurer la sécurité affective de son enfant. De la même manière si les pleurs de son bébé déclenchent des reviviscences il ne peut pas être disponible pour l'enfant. Ainsi un parent effrayé est un parent effrayant pour son enfant.

Issa est intéressé par les jeux que je lui propose et cherche à explorer ce nouvel environnement. Mais très rapidement, il s'inquiète de ne pas voir sa mère, il l'appelle et part activement à sa recherche. Comme elle se trouve sur le lit médicalisé, qui est surélevé, il ne la voit pas et il pleure. Mme C. l'appelle en retour pour le rassurer mais il ne l'entend pas. Je le porte donc à côté de sa mère sur le lit et Issa s'apaise. Il reste un instant pour faire un câlin et est de nouveau disponible pour jouer.

La capacité d'Issa de se rassurer auprès de sa mère avant de retourner explorer témoigne d'une bonne qualité d'attachement.

A la fin de la séance d'haptonomie Mme C. déclare « c'est la première fois que je me sens comme ça après avoir été massé. J'ai senti que j'étais entre de bonnes mains. » A travers sa gestuelle elle signifie aussi qu'elle s'est sentie accueillie.

Après la décision de l'OFPRA

Nous retrouvons peu de temps après Mme C. qui a eu une réponse suite à son entretien à L'OFPRA. La réponse est négative, Mme C. n'a pas été crue.

Elle évoque les difficultés qu'elle a rencontrées lors de cet entretien. Notamment, la présence d'un interprète qui ne parle pas sa langue, mais celle de sa belle-famille lui a fait craindre qu'il ne les connaisse et la dénonce auprès d'eux. Le point de vue de la personne qui rédige le rapport qu'on lui a remis est le suivant : l'excision est interdite dans son pays, son histoire n'est pas plausible. Nous lui conseillons de joindre une association qui soutient les femmes victimes d'excision dans l'idée qu'un témoignage pourrait l'aider lors du recours auprès de la CNDA.

Pendant cet entretien je joue avec Issa qui est particulièrement agité.

A la fin de l'entretien Mme C. exprime à quel point « c'est dur de ne pas être crue » et parle **de sa souffrance de ne pas être reconnue alors qu'elle est déjà en fuite.**

Puis Mme C. ne peut pas venir, à cause des grèves qui bloquent les transports et suite à cela elle ne revient pas et nous n'avons pas de nouvelles pendant un mois.

Après la CNDA

Au bout d'un mois sans nouvelle Mme C. reprend rendez-vous.

Ce jour-là elle est très heureuse de nous annoncer qu'elle a obtenu le statut de réfugié politique pour 10 ans après le recours auprès de la CNDA. Elle a des larmes de joie et remercie chaleureusement la psychomotricienne : « j'étais perdue et vous m'avez aidée ». Elle nous dit ne pas réaliser vraiment ce qui lui arrive et semble soulagée d'un immense poids. Elle commence alors à nous parler du futur même si elle ne sait pas vraiment de quoi il sera fait.

Ce statut qu'elle a obtenu lui permet de se projeter dans le temps et légitime son vécu et sa souffrance.

On perçoit ici que la psychomotricienne est une personne ressource pour Mme C. dans son parcours. Les rencontres faites antérieurement à l'obtention du statut ainsi que le statut de réfugié en lui-même sont des éléments essentiels dans l'amorce du processus de résilience de Mme C.

Confinement

Durant la période de confinement, Mme C. est, elle aussi, seule avec son fils.

Lors d'un premier appel avec la psychomotricienne Mme C. évoque de fortes douleurs au niveau des lombaires et des épaules. La psychomotricienne lui fait des propositions dans le sens de ce que nous faisons habituellement à l'atelier du mouvement. Mme C. verbalise souvent ses ressentis avec les mêmes termes que lors des séances d'haptonomie « libérée, légère ».

Puis, lors d'autres séances Mme C. exprime le fait qu'elle est très stressée par la situation et qu'elle ressent des douleurs dans la poitrine. Après les séances de relaxation par téléphone elle peut dire que ces appels la rassurent ; elle « se sent moins seule ». Au bout d'une heure les effets de l'angoisse reviennent.

Après quelques temps ces douleurs finissent par diminuer et il est possible de parler d'autres choses dans les entretiens téléphoniques. Mme C. prends le temps de jouer avec son fils. Petit à petit le traumatisme prend moins de place, ce qui laisse le temps pour des moments agréables partagés avec Issa.

La mise en jeu du corps permet de remettre en mouvement les représentations que Mme C. a d'elle-même et de son corps.

2.3 Réflexion sur l'évolution de Mme C. dans le suivi en psychomotricité

La toute première séance est particulièrement fondatrice avec Mme C. Il semble important pour elle de déposer son récit d'emblée. Ce récit permet de former quelque chose dans la relation, un savoir commun, une culture commune. Désormais nous faisons partie de « ceux qui savent ». « Après le traumatisme, le monde se divise nettement entre ceux qui savent et les

ignorants. On ne peut pas faire confiance aux gens qui n'ont pas partagé cette expérience, parce qu'ils ne peuvent pas la comprendre. » (van der Kolk, 2018, p. 33). Ainsi, on comprend que ce récit est aussi la condition pour établir avec nous une relation de confiance.

Les douleurs que Mme C. décrit ensuite sont l'illustration de la façon dont un grand nombre de réfugiés évoquent le corps. « Le corps est omniprésent dans le discours des patients en quête d'asile. Comment ne pas entendre, à travers ces plaintes physiques répétées, adressées au médecin ou au psychothérapeute, les fragments du désastre vécu ? [...] Le corps affecté vient ainsi exprimer aux autres, mais aussi à soi-même, quelque chose de l'impensable rencontré jadis. » (Pestre, 2010, p. 91).

Cette première séance, **d'accueil** de son récit et de ses douleurs et d'accueil aussi à travers le travail corporel est primordiale. En effet, Mme C. a été rejetée par sa propre famille, pouvoir se sentir accueillie et confirmée dans son être est donc la base permettant la création d'une **relation sécurisante**.

Les premières séances de psychomotricité ont donc permis à Mme C. d'établir un lien de confiance avec nous et d'identifier la psychomotricienne comme une personne ressource.

Le moment de l'obtention du statut de réfugié est l'occasion pour Mme C. de changer de rapport au temps. Elle n'est plus bloquée au moment du traumatisme mais elle peut se projeter dans un futur.

Malgré la situation de confinement qui la renvoie à un sentiment de solitude Mme C. peut s'appuyer sur les propositions de la psychomotricienne pour mettre à distance ses angoisses.

Sa capacité à se projeter dans le temps ainsi que la disparition des cauchemars sont des éléments témoignant de son engagement dans un processus de résilience. Il s'agit néanmoins d'un processus dynamique, Mme C. est en chemin vers un mieux-être. Mais nous ne pouvons pas dire de quoi sera faite la suite de son parcours.

Discussion

Avant de conclure ce mémoire, il me semble important de faire un retour critique sur mon hypothèse de départ ainsi que mon parcours en tant que stagiaire.

I- Retour sur l'hypothèse de départ

En prenant appui sur mes lectures et ce que j'ai pu observer durant mon stage, le déroulé de ce mémoire amène vers une confirmation de l'hypothèse de départ. L'hypothèse posée en introduction était la suivante : La résilience face au traumatisme psychique passe par la mise en jeu du corps en relation afin de créer en soi une base de sécurité. Le psychomotricien, en utilisant des médiations corporelles, et par son engagement auprès des patients, peut soutenir le réinvestissement corporel et apaiser le rapport aux émotions, créant ainsi une base sécurisante facilitant la résilience.

La lecture de *Le corps n'oublie rien* du psychiatre américain B. van der Kolk a été d'un grand intérêt pour moi dans la rédaction de ce mémoire. En effet, dans cet ouvrage, l'auteur s'intéresse particulièrement aux relations entre le corps et le traumatisme. Après avoir décrit le traumatisme et comment il affecte le corps à travers la physiologie et les émotions, il consacre une partie aux « voies de la guérison ». Dans cette partie, il évoque très peu les médicaments mais plutôt des techniques mettant en jeu le corps et d'autres basées sur les neurosciences. La psychomotricité n'existe pas aux Etats-Unis, néanmoins la lecture proposée par B. van der Kolk est en lien avec un regard psychomoteur.

La question de la résilience qui m'intéressait en réponse au traumatisme psychique est traitée la plupart du temps en psychologie. Néanmoins, il était important pour moi de montrer que le psychotraumatisme touche l'individu dans l'entièreté de son être et que les psychomotriciens ont quelque chose à apporter au processus de résilience en s'appuyant sur les liens d'étayage psychomoteur (Robert-Ouvray, 1999).

Bien sûr les psychomotriciens ne sont pas les seuls à pouvoir faciliter la résilience de personnes traumatisées. J. Lecomte insiste sur le fait que n'importe qui peut devenir le tuteur de résilience d'une autre personne sans le savoir.

II- Ma place en tant que stagiaire

Tout d'abord j'aimerais préciser que le contexte sanitaire et le confinement ont eu un impact sur mon stage interrompu mi-mars. La rédaction de mon mémoire s'en est trouvée impactée, notamment la partie clinique. En effet, un mois et demi de stage supplémentaire m'aurait permis d'avoir davantage de matériel clinique pour compléter mes vignettes et cas cliniques. Je pense que mon regard sur l'atelier du mouvement aurait aussi pu être plus construit. Néanmoins il faut apprendre à s'adapter aux circonstances.

Dans les séances individuelles à l'EMPP je suis observatrice active, c'est pour cela que je ne parle pas en mon nom dans les deux cas clinique exposés. Cette posture est importante avec les patients que nous recevons. En effet, chez ces personnes le lien à l'autre est très fragile, il s'agit donc d'en prendre soin. Pour cela il faut respecter les limites du patient et faire attention à ce que le dispositif de soin ne soit pas trop envahissant. Nous sommes parfois nombreux autour du patient : psychomotricienne, interprète, stagiaire etc... C'est pour toutes ces raisons que je garde cette posture d'observation. Si le patient s'adresse à moi je peux répondre mais ce n'est pas moi qui dirige la séance. Cela m'a permis d'observer plus finement ce qui se jouait pour ces patients aux vécus douloureux que si j'étais dans l'action.

J'aimerais revenir sur la séance où Mme A. a raconté son parcours et son histoire. En effet, cette séance a été particulièrement difficile pour moi. Pourtant, je n'ai fait que recevoir une partie de l'histoire, des sensations et du contexte transformés en mots. Je ne pensais pas que d'entendre ce récit serait si marquant pour moi. Pendant que Mme A. racontait son histoire, j'ai été en quelque sorte happée par son discours. J'ai ressenti comme un léger effet de sidération : pendant le temps qui a suivi cette séance, je me sentais incapable de penser

normalement. Puis plus tard l'émotion est venue. Le retour à mon quotidien et auprès de mes proches ont été suffisants pour moi pour me sentir mieux.

Cette séance m'a amenée à me poser des questions sur le problème de la fascination morbide évoquée par E Vermeiren et sur mes limites.

En effet, avant de commencer ce stage j'étais un peu trop confiante sur ma capacité à faire face à la souffrance des personnes rencontrées. Je l'ai compris au fil du stage, mais le récit de Mme A. a été particulièrement marquant pour moi parce qu'il a touché quelque chose de mes limites.

Ce que j'ai rencontré à ce moment-là, c'est la question de la limite « où est ma limite ? ». Ce moment symbolise donc pour moi ce questionnement.

Je peux dire que j'ai rencontré une limite que je ne pensais pas trouver là. Ce qui est positif, car je sais désormais que, pour faire face à ce type de situations, j'ai besoin d'être plus solide dans mes appuis. Pour cela, il me semble l'expérience joue un rôle décisif.

En tant que psychomotricien(ne)s nous nous engageons corporellement auprès de nos patients et c'est la raison pour laquelle il est important de connaître ses limites.

Conclusion

Comme j'ai pu l'observer en stage et le comprendre à travers mes lectures, le traumatisme psychique affecte le patient dans tout son être. Il affecte la sphère psychomotrice à travers les blocages émotionnels et physiologiques, les douleurs, mais aussi l'hypotonie ou l'hypertonie ainsi que la perte de repères temporels. Le sujet en essayant de se protéger de ses sensations douloureuses et des reviviscences peut se couper de lui-même.

Le psychotrauma touche ainsi à l'engagement corporel du patient dans l'action et la relation. Ce qui permet de dire que le psychomotricien a toute sa place pour prendre en soin les victimes de psychotraumatisme.

Le concept de résilience comme processus permettant la reprise d'un développement est intéressant en psychomotricité car le développement ne peut se faire sans l'étayage des liens psychocorporels chers aux psychomotriciens. La reprise d'un développement après un traumatisme implique la reconstitution d'une base de sécurité en soi qui passe par un rétablissement du lien à ses sensations et émotions, ainsi que la création de relations offrant une sécurité affective.

L'engagement corporel du psychomotricien et le passage par une médiation corporelle permettent la création d'un cadre contenant et sécurisant pour la personne traumatisée. Au fil du suivi, elle va pouvoir s'appuyer sur ce cadre pour reprendre contact avec ses sensations et ses émotions et rétablir ainsi le lien à elle-même qui a été endommagé par le traumatisme.

Pour faciliter la résilience en psychomotricité j'ai pu observer diverses choses lors de mon stage à l'EMPP. L'haptonomie et l'atelier du mouvement ont particulièrement retenu mon attention car ils ciblent des principes fondateurs dans le développement de l'enfant : la place du toucher et du mouvement. C'était aussi l'occasion pour moi d'étudier autant l'intérêt du groupe en psychomotricité que celui des séances individuelles.

En effet, c'est par la diversité des médiations corporelles qu'il peut proposer et l'utilisation du dispositif groupal ou des propositions individuelles que le psychomotricien peut s'adapter au mieux aux patients qu'il rencontre.

Si je me suis intéressée au processus de résilience des personnes traumatisées c'est parce qu'il me semble que personne n'est à l'abri du traumatisme psychique et que malgré tout « l'espèce humaine est extrêmement résiliente » (van der Kolk, 2018, p. 11).

Dans son épilogue B. van der Kolk rappelle que « Les hommes meurtris blessent d'autres hommes » et que « Dans le monde actuel, c'est le code postal, plus encore que le code génétique, qui dicte les chances de mener une vie saine et sereine. » (van der Kolk, 2018, p. 469). Ces considérations invitent à prendre en compte l'impact du traumatisme sur le développement de l'enfant et lient les considérations de santé mentale et les questions sociales.

Dans le cadre du travail en psychomotricité, les connaissances sur le développement de l'enfant sont primordiales même avec une patientèle complètement adulte. En effet, les liens psychomoteurs qui étayent le développement continuent d'exister à l'âge adulte. De plus, ces connaissances sont importantes pour le psychomotricien car elles servent à la fois de grille de lecture et d'appui pour soutenir les patients rencontrés.

Bibliographie

- Anaut, M. (2012). Traumatisme, humour et résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith, & S. Lemitre, *Trauma et Résilience* (pp. 3-14). Paris : Dunod.
- Boutillier, C. (2017). *Mémento de psychologie du développement*. Toulouse: Eres.
- Branchard, L., & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective n°24*, 197-217.
- Cyrulnik, B. (2004). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- Damasio, A. R. (2002). *Le Sentiment même de soi*. Paris: Odile Jacob.
- Fossard, O., & Lahya, S. (2018). Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge. *Revue Rhizome n°69 Soigner le traumatisme*.
- Gary, S. (juin 2017). Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien. *Vies d'ailleurs, Corps étrangers, Une reconstruction identitaire par le toucher auprès des migrants présentant un Syndrome de Stress Post-Traumatique*. IFP de Bordeaux.
- <http://www.cnda.fr/La-CNDA/Organisation-de-la-CNDA/Organisation-de-la-CNDA>. (s.d.).
- https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9silience_%28psychologie%29. (s.d.).
- <https://www.haptonomie.org/fr/>. (s.d.).
- Jacques, A. (2008). De fureur et de bruits. L'intelligence des enveloppes sensorielles. *Cahier de psychologie clinique n°30*.
- Jeannot, A. (Juin 2010). Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien. *Régresser pour avancer, Apport de la psychomotricité au sein de la population adulte souffrant d'un état de stress post-traumatique*. IFP de Bordeaux.
- Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. Dans M. Kédia, & A. e. Sabouraud-Séguin, *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie* (pp. 2-12). Paris: Dunod.
- Lecomte, J. (2010). *La résilience, se reconstruire après un traumatisme*. Paris: Rue d'Ulm.

- Martz, Z. (Juin 2019). Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien. *Psychotraumatisme, Psychiatrie & Psychomotricité. Apport de la médiation corporelle dans le soutien d'un corps sensible, expressif et relationnel*. IFP de Bordeaux.
- Naud, S. (2018). Mémoire en vue de l'obtention du D.U. Médecine et Soins Transculturels. *Le corps entre culture et leviers thérapeutique*.
- Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris: Payot et Rivages.
- Pireyre, E. W. (2015). Chapitre 7. La peau dans l'image du corps. Dans E. W. Pireyre, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept* (pp. 73-88). Paris: Dunod.
- Potel, C. (2010). *Être Psychomotricien*. Eres.
- Radjack, R. (2012). Emergence et limites du concept de PTSD. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet, & M. R. Moro, *Manuel des psychotraumatismes* (pp. 196-210). La Pensée Sauvage.
- Robert-Ouvray, S. (1999). Le corps étai de la psyché. *Thérapie Psychomotrice et Recherche n°117*.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux*. Paris: Deboeck Supérieur.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité 2. Méthodes et techniques*. Paris: Deboeck Supérieur.
- Segond, H. (2008). Le toucher en développement : perception tactile et continuité transnatale. Dans G. Chasseigne, *Cognition, santé et vie quotidienne. Tome 1*. Editions Publibook.
- Tarquinio, C. :. (2014). Chapitre 1. Du psychotraumatisme à l'état de stress post-traumatique. Dans C. :. Tarquinio, *Les psychotraumatismes* (pp. 21-40). Dunod.
- Tarquinio, C. :. (2014). Introduction. Dans C. :. Tarquinio, *Les psychotraumatismes* (pp. 1-20). Dunod.
- Trichot, A. (Juin 2018). Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien. *Tiens-toi près, ôte-toi de là! Le psychomotricien en quête de la juste distance thérapeutique auprès de patients souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique*. Médecine Sorbonne Université, IFP.

- Vaiva, G. (2009). Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques.
Revue Francophone Stress et Trauma. Le psychotrauma en quête de reconnaissance
Novembre 2009, 210-213.
- van der Kolk, B. (2018). *Le Corps n'Oublie Rien*. Albin Michel.
- Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith,
& S. Lemitre, *Trauma et Résilience* (pp. 15-22). Paris: Dunod.

Annexe 1

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se

reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : **À expression retardée** : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Annexe 2

Qu'est-ce que l'haptonomie ?

Son fondateur Frans VELDMAN, dans « Haptonomie, Sciences de l'affectivité, Redécouvrir l'humain », Edition PUF, 1989, la définit ainsi : « Science de l'affectivité ». Mais si on y regarde de plus près, que cela recouvre-t-il ? De quoi parle-t-on ? D'un point de vue étymologique, haptonomie vient du grec HAPTEIN qui signifie « contacter tactilement, établir une relation par le contact pour rendre sain », et NOMOS qui veut dire « loi, norme », soit les conditions qui déterminent le contact.

L'haptonomie recouvre les phénomènes de tout ce qui se passe, s'éprouve dans la rencontre interhumaine d'ordre affectif, ligamentaire, psychique, musculaire... ça « touche » à tous les niveaux.

L'haptonomie propose l'étude des phénomènes affectifs de l'être humain, c'est-à-dire de mettre l'accent sur ce qui se passe, ce qui est observable lors d'une rencontre entre deux personnes et de leurs inter-relations :

- Comment je perçois le monde qui m'entoure ?
- Comment j'agis sur l'autre ?
- Qu'est-ce que cela me fait d'être en contact avec quelqu'un ?
- En quoi mon propre contact vient modifier quelque chose chez l'autre ? En moi-même ?

En effet, l'approche thérapeutique par l'haptonomie passe par le contact tactile en lien avec les autres sens visuel, auditif, olfactif, gustatif et vestibulaire.

L'haptonomie appliquée à la santé replace le contact dans sa dimension humaine: « établir une relation par le contact pour rendre sain ». L'haptonomie donne à la rencontre une dimension de sujet à sujet où chacun est reconnu dans ses capacités. Cela permet de placer l'être humain dans ses composantes corporelles et psychiques, au centre de la rencontre. Chaque protagoniste y a sa place, sa valeur, ses compétences sur lesquels l'autre peut s'appuyer pour avancer et se reconnaître, être confirmé dans ce qu'il a de bon, de sain.

L'haptonomie est au carrefour de ce qui nous compose : entre corps, psyché, relations. Elle réunit ces aspects en montrant leur intrication, leur complémentarité, leur interdépendance. L'haptonomie propose une vision de l'humain complexe et globalisante où soma, psychisme et relation interagissent et co-fonctionnent.

Naud Sophie, *Le corps entre culture et leviers thérapeutique*.

Glossaire

115 : Le 115 est le numéro d'urgence sociale qui assure des missions d'accueil, d'écoute et d'information, en matière d'hébergement, d'aide alimentaire, d'accès aux soins ou toute autre prestation de 1ère urgence. Ce numéro est gratuit et propose une réponse immédiate. (<http://www.le-115-06.org/>)

Abréaction : est un « processus par lequel un affect refoulé revient dans le présent et est revécu. » (*La psychanalyse pour les nuls*) Ce processus est en lien avec le rappel de souvenirs traumatiques refoulés jusque-là.

Afférent : « Se dit d'un vaisseau qui apporte un liquide à un organe, ou d'une voie (tractus ou nerf) qui conduit les influx nerveux à un organe ou à un centre. » (Dictionnaire Larousse)

Alexithymie : impossibilité de verbaliser ses émotions.

APA : Association des Psychiatres Américains.

CAU : Centre d'Accueil d'Urgence.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile. Les personnes d'asile qui dont la demande n'a pas été acceptée par l'OFPPRA peuvent faire appel auprès de la CNDA.

DESNOS : *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* qui signifie Troubles de stress extrême non spécifiés par ailleurs.

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qui signifie Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

Efférences : influx nerveux émis par le cerveau vers la périphérie de l'organisme.

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité.

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique.

Fuseau neuro-musculaire : le fuseau neuro-musculaire est un mécanorécepteur situé à l'intérieur du muscle qui permet de rendre compte de l'état de tension du muscle. Le premier relais de l'information nerveuse transmise à lieu dans la moelle épinière, c'est un relais médullaire.

Motoneurone : Neurone qui commande la contraction du muscle.

OFPPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. « L'Ofpra est un établissement public administratif [...] en charge de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, puis de la Convention de New York

de 1954, il statue en toute indépendance sur les demandes d'asile et d'apatridie qui lui sont soumises. » (<https://www.ofpra.gouv.fr/>) Les migrants demandant l'asile s'adressent donc en premier lieu à l'OFPRA.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français.

PTSD : *Post-Traumatic Stress Disorder* qui signifie trouble de stress post-traumatique.

VFC : Variabilité de la Fréquence Cardiaque.

